

# **Med förståelse, mod, etiskt bemötande, omsorg och växelverkan mot hälsa i arbetet**

En fokusgruppstudie om ledarskapets möjligheter att påverka  
vårdpersonalens arbetshälsa

Anu Grönlund

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Hälsofrämjande (HYH)
Identifikationsnummer:	
Författare:	Anu Grönlund
Arbetets namn:	Med förståelse, mod, etiskt bemötande, omsorg och växelverkan mot hälsa i arbetet. En fokusgruppstudie om ledarskapets möjligheter att påverka vårdpersonalens arbetshälsa.
Handledare (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult
Uppdragsgivare:	Esbo stad (Elli-projektet)
<p>Sammandrag:</p> <p>Arbetslivet inom vårdbranschen har blivit alltmer hektiskt, personalen är pressad, resurserna silar och arbetshälsan riskerar att bli lidande. Samtidigt strävar statsrådets politikprogram för hälsofrämjande efter att förlänga arbetskarriärerna och skjuta fram pensioneringen med ett par år. Syftet med det här masterarbetet är att utreda hur vårdpersonal beskriver hälsofrämjande ledarskap och vidare vilka möjligheter ledarskapet har att påverka personalens arbetshälsa. Vidare vill man beskriva hur ledarskapet i slutändan kan påverka det att personalen hålls längre i arbetslivet. Masterarbetet är en kvalitativ fokusgruppstudie, där man gjort tre fokusgruppintervjuer bland vårdpersonal. Informanterna var sammanlagt 17 till antalet. Den teoretiska referensramen bestod av ledarskap, hälsofrämjande och den hälsofrämjande modellen The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion. Resultatet har analyserats med abduktiv innehållsanalys. Resultatet visade att överkategorierna för villkor för hälsofrämjande ledarskap var förståelse, mod och etiskt bemötande. Ledarskapets påverkningsmöjligheter beskrevs genom överkategorierna omsorg och växelverkan. Resultatet beskriver också icke-hälsofrämjande ledarskap genom överkategorierna bristande moral och växelverkan samt att gömma sig bakom titeln. Dessa bestod av underkategorierna oetiskt handlande, bristande kommunikation, bristande mod samt uppgiftscentrerat handlande. Enligt resultatet har ledarskapet en avgörande roll i att skapa en bra atmosfär på arbetsplatsen och är ur personalsynvinkel i nyckelroll beträffande arbetshälsan. Genom en lyckad växelverkan, flexibilitet och en förmåga att verkligen se behoven på arbetsplatsen har ledaren möjligheter att påverka hur personalen trivs och mår och i slutändan hur länge de stannar kvar. Det här masterarbetet är en del av Arcadas och Esbo hälsocentrals gemensamma Elli-projekt, där man utvecklar framtidens hälsostation.</p>	
Nyckelord:	Hälsofrämjande, ledarskap, personal, arbetshälsa, fokusgruppstudie.
Sidantal:	88
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health promotion (Master)
Identification number:	
Author:	Anu Grönlund
Title:	Med förståelse, mod, etiskt bemötande, omsorg och växelverkan mot hälsa i arbetet. En fokusgruppstudie om ledarskapets möjligheter att påverka vårdpersonalens arbetshälsa.
Supervisor (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult
Commissioned by:	City of Espoo (Elli-projekti)
<p><b>Abstract:</b></p> <p>The working life within nursing has become more and more hectic, the personnel are under pressure, the resources are scarce and the occupational health among the staff is potentially suffering. At the same time, the governments' policy program for health promotion strives to prolong the working careers and that one would retire a few years later than today. The aim of this study is to find out how nursing staff describe health-promoting leadership and furthermore what possibilities the leadership has to influence the occupational health of the staff. Moreover, one wants to describe how leadership can influence the fact that the staff stays in the working life for a longer time. This master's thesis is a qualitative focus group study consisting of three focus group interviews with nursing staff. In total there were 17 informants participating. The theoretical frame of reference consists of leadership, health promotion and a health-promoting model called The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion. The results have been analyzed with a qualitative content analysis. The results show, that conditions for health-promoting leadership are characterized by understanding, courage and ethical treatment. The possibilities for leadership to influence the occupational health are described through care and interaction. The results also show non-health-promoting leadership qualities, which are described as lack of moral and interaction and hiding behind one's title. These categories consist of the under categories unethical behavior, lacking communication, lacking courage and task-focused behavior. According to the results the leadership plays an important part in creating a good atmosphere at the workplace and holds from a personnel point of view a key position considering the occupational health and wellbeing. Through successful interaction, flexibility and an ability to truly see the needs at the workplace the leader has good possibilities to influence the job satisfaction and at the end, how long they stay in the working life. This study is a part of the Elli-project, which is a collaboration between Arcada and Espoo health care center.</p>	
Keywords:	Health promotion, leadership, personnel, occupational health, focus group study.
Number of pages:	88
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Terveiden edistäminen (YAMK)
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Anu Grönlund
Työn nimi:	Med förståelse, mod, etiskt bemötande, omsorg och växelverkan mot hälsa i arbetet. En fokusgruppstudie om ledarskapets möjligheter att påverka vårdpersonalens arbetshälsa.
Työn ohjaaja (Arcada):	Bettina Stenbock-Hult
Toimeksiantaja:	Espoon kaupunki (Elli-projekti)
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Työelämä hoitoalalla on tullut aina vain kiireisemmäksi ja hektisemmäksi, hoitohenkilökunta on kovan paineen alla ja resursseja pienennetään. Samanaikaisesti hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa pyritään pidentämään työuria ja siirtämään eläkeikää paria vuotta nykyistä myöhäisemmäksi. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, miten hoitohenkilökunta kuvailee terveyttä edistävää johtajuutta sekä mitä mahdollisuuksia johtajuudella on vaikuttaa henkilökunnan työterveyteen. Tämä opinnäytetyö on laadullinen fokusryhmätutkimus, joka koostuu kolmesta fokusryhmähaastattelusta yhteensä 17 hoitohenkilöstöön kuuluvan henkilön kanssa. Teoreettinen viitekehys koostuu johtajuudesta, terveyden edistämisestä sekä terveyttä edistävästä mallista The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion. Tulokset analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Tulokset osoittivat, että terveyttä edistävän johtajuuden edellytykset ovat ymmärrys, rohkeus sekä eettinen kohtaaminen. Johtajuuden vaikutusmahdollisuuksia kuvailtiin huolenpidon ja vuorovaikutuksen kautta. Tulokset kuvailevat myös ei-terveyttä edistävää johtajuutta, jossa yläkategoriat ovat puutteellinen moraali ja vuorovaikutus sekä tittelin taakse piiloutuminen. Alakategoriat näille ovat epäeettinen toiminta, puutteellinen kommunikaatio, puutteellinen rohkeus sekä tehtäväkeskeinen toiminta. Tulosten mukaan johtajuudella on ratkaiseva rooli hyvän ilmapiirin luomisessa työpaikalla ja on henkilöstönäkökulmasta avainasemassa työterveyttä ajatellen. Onnistuneen vuorovaikutuksen ja jouston kautta sekä todella näkemällä työpaikan tarpeet esimiehellä on mahdollisuus vaikuttaa siihen, miten henkilökunta viihtyy ja loppujen lopuksi siihen, kuinka kauaksi aikaa he jäävät. Tämä opinnäytetyö on osa Elli-projektia, joka on Arcadan ja Espoon terveystieteiden yhteistyöprojekti, jossa kehitetään tulevaisuuden terveysasemaa.</p>	
Avainsanat:	Terveiden edistäminen, johtaminen, työterveys, henkilöstö, fokusryhmähaastattelu.
Sivumäärä:	88
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND .....</b>	<b>10</b>
2.1	Politikprogrammet för hälsofrämjande .....	10
2.2	Internationellt om hälsofrämjande på arbetsplatser .....	11
2.3	Tidigare forskning.....	12
2.3.1	<i>Utmaningar för framtidens ledarskap .....</i>	<i>13</i>
2.3.2	<i>Ledarskapets inverkan på arbetsnärvaro .....</i>	<i>15</i>
2.3.3	<i>Förändringsledarskap och arbetsvälbefinnande .....</i>	<i>17</i>
2.3.4	<i>Vikten av sammanhanget, växelverkan, delaktighet och förtroende för ett gott ledarskap .....</i>	<i>19</i>
<b>3</b>	<b>TEORETISK REFERENSRAM .....</b>	<b>23</b>
3.1	Allmänt om ledarskap.....	24
3.2	Hälsofrämjande ledarskapsteorier .....	27
3.3	Ledarskap inom hälso- och sjukvården .....	29
3.4	Teorier om hälsofrämjande .....	33
3.5	The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion .....	36
<b>4</b>	<b>SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH BESKRIVNING.....</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>METOD.....</b>	<b>42</b>
5.1	Den kvalitativa forskningsintervjun.....	42
5.2	Fokusgruppintervju som metod.....	44
5.3	Sampel och material .....	47
5.4	Etiska överväganden .....	48
5.5	Abduktiv innehållsanalys.....	51
<b>6</b>	<b>RESULTAT .....</b>	<b>52</b>
6.1	Villkor för gott och hälsofrämjande ledarskap .....	52
6.1.1	<i>Visa uppskattning.....</i>	<i>53</i>
6.1.2	<i>Stöd för professionell tillväxt .....</i>	<i>54</i>
6.1.3	<i>Möjliggöra en meningsfull fysisk och psykisk arbetsmiljö .....</i>	<i>55</i>
6.1.4	<i>Öppenhet .....</i>	<i>57</i>
6.1.5	<i>Kommunikation .....</i>	<i>58</i>
6.1.6	<i>Att våga vara ledare .....</i>	<i>60</i>
6.1.7	<i>Jämlik behandling .....</i>	<i>61</i>
6.1.8	<i>Ledarens egna värden .....</i>	<i>62</i>
6.1.9	<i>Ansvar .....</i>	<i>63</i>

6.2	Ledarskapets påverkningsmöjligheter .....	64
6.2.1	Att följa spelreglerna .....	65
6.2.2	Att bry sig .....	66
6.2.3	Skapa atmosfär .....	66
6.2.4	Kommunikation .....	67
6.2.5	Känsla för situationen .....	68
6.2.6	Möjliggöra samvaro .....	69
6.3	Icke-hälsofrämjande ledarskap .....	69
6.3.1	Oetiskt handlande .....	70
6.3.2	Bristande kommunikation .....	72
6.3.3	Bristande mod .....	73
6.3.4	Uppgiftscentrerat handlande .....	74
6.4	Sammanfattning av resultaten .....	75
<b>7</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>76</b>
7.1	Metoddiskussion .....	77
7.2	Diskussion i förhållande till tidigare forskning .....	78
7.3	Diskussion i förhållande till den teoretiska referensramen .....	81
<b>8</b>	<b>KRITISK GRANSKNING .....</b>	<b>83</b>
8.1	Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet .....	83
8.2	Kritiska aspekter beträffande informanterna .....	86
8.3	En kritisk tillbakablick .....	87
	<b>Källor .....</b>	<b>89</b>
	<b>Bilagor</b>	

## Figurer

Figur 1. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion. ....	38
Figur 2. Beskrivning av studiens genomförande .....	41
Figur 3. Villkor för hälsofrämjande ledarskap.....	53
Figur 4. Ledarskapets påverkningsmöjligheter.....	65
Figur 5. Icke-hälsofrämjande ledarskap.....	70
Figur 6. Det hälsofrämjande ledarskapets beståndsdelar.....	76

## FÖRORD

För att den här studien var möjlig att genomföra krävdes en stor insats av alla informanter som deltog i fokusgrupperna. Jag vill rikta mitt ödmjukaste tack till alla dem! De deltog med stor iver och stort engagemang och gjorde mitt arbete intressant och givande.

Vidare vill jag rikta ett tack till min arbetsgivare Helsingfors stad och Dals sjukhus, som varit tillmötesgående med beviljande av studieledighet så att jag kunnat fokusera på skrivandet. Utan det stöd och kloka vägledning som jag fått av min handledare, överlärare Bettina Stenbock-Hult hade det här arbetet inte fått den skepnad som det slutligen fick. Hon har lett mig på rätt väg ett antal gånger under processen, då jag ibland gått vilse. Ett uppriktigt tack vill jag rikta till henne!

Utan stödet från min familj hade jag inte haft klarat av den här processen. Tack Jesper, Nicolas och Eva för att ni ibland gett mig ro att skriva och hjälp med det tekniska.

I Kottby i april 2012

*Anu Grönlund*



## 1 INLEDNING

Arbetslivet idag har blivit mer och mer hektiskt och kraven på såväl arbetstagarna som cheferna har ökat. Statsrådet har uttryckt i politikprogrammet för hälsofrämjande en strävan efter att förlänga arbetskarriärerna med två år samt att man ska inleda arbetskarriären tidigare.

På ett allmänt plan kan man enligt social- och hälsovårdsministeriet säga att hälsan hos den arbetsföra befolkningen har utvecklats positivt under de senaste årtiondena. Centrala förutsättningar för hälsa bland vuxna är tryggheten av förvärvsarbete samt utbildning, vidareutbildning och möjligheten att utbilda om sig för dem som behöver det. Dessutom ska en tillräcklig utkomst tryggas åt alla. Arbetsmiljöer, de sociala relationerna på arbetsplatser och utvecklandet av arbetets psykofysiska krav till hälsofrämjande och passande för människor i olika åldrar på arbetsplatsen är en viktig uppgift. (STM 2001 s. 15, 24)

I den här studien, som genomförs som en fokusgruppstudie, vill jag ta reda på vilken ledarskapets roll är i sammanhanget och vidare vilka möjligheter ledarskapet har att påverka arbetstagarnas arbetshälsa så att de orkar med sitt arbete och möjligtvis väljer att pensionera sig senare. Ämnet avgränsas till att i huvudsak behandla ledarskap på en lägre nivå, nära det praktiska vårdarbetet. Studien är en del av det så kallade ELLI-projektet som Arcada samarbetar med Esbo stad kring och har en klar arbetslivsrelevans då studien kommer att utföras på en arbetsplats utgående från arbetsplatsens behov. Vid utvecklandet av den nya hälsostationen, som var beräknad att stå färdig år 2015-2016 vill man satsa på modernt ledarskap, patientsäkerhet och multiprofessionalitet. Dessutom vill man utgå ifrån patienters och personalens behov i planeringen. Resultatet från studien kan sannolikt tillämpas inte bara på Esbo hälsostationer, utan också på andra arbetsplatser inom hälso- och sjukvården emedan studien utförs inom den sektorn. Resultatet kommer förhoppningsvis att öka förståelsen för och ge nya verktyg för ledarskapet inom hälso- och sjukvården.

## **2 BAKGRUND**

I det följande ges både aktuell nationell och internationell bakgrund vad gäller politiska beslut och rekommendationer beträffande hälsofrämjande åtgärder i samhället i allmänhet och arbetsplatser i synnerhet. Mot denna bakgrund har intresset för det valda ämnet vaknat och man kan konstatera att ämnesvalet är i högsta grad aktuellt.

### **2.1 Politikprogrammet för hälsofrämjande**

Politikprogrammet för hälsofrämjande är ett av många politikprogram, som slogs fast i regeringen anno 2007. Enligt statsrådet är hälsa ett av det mänskliga livets viktigaste värden. Det är också en konkurrensfaktor för Finland, för folkhälsan är en viktig hörnsten för ekonomisk, social och human utveckling. Hälsofrämjande stöder enligt statsrådet förverkligandet av breda samhällsliga mål och har att göra med bl.a. regeringsprogrammets mål om höjningen av sysselsättningsgraden och upprätthållandet och stärkandet av funktionsförmågan hos arbetstagare. Målet för politikprogrammet för hälsofrämjande i stort är förbättringen av befolkningens hälsotillstånd och minskningen av hälso-skillnaderna. Genom att påverka orsakerna till de centrala folksjukdomarna kan man bromsa upp de kostnader som uppstår av hälsovårdsservice, sjukfrånvaro och tidig pensionering. Att upprätthålla och stärka hälsa och funktionsförmåga hos den arbetsföra befolkningen ökar sysselsättningsgraden, slår statsrådet fast. (VNK 2007 s. 22)

Statsrådet fastställer i politikprogrammet, att det att befolkningen åldras och att förväntningarna i arbetslivet ökar, sätter press på utvecklandet av arbetslivet. Målet är att stärka praxis som främjar arbetsförmåga och –välbefinnande, samt att känna igen de faktorer som hotar dessa i ett så tidigt skede som möjligt. En fungerande företagshälsovård som har tyngdpunkten på prevention, gott ledarskap, tätt samarbete mellan olika parter samt arbetstagarnas möjlighet att påverka sitt arbete ökar och ligger i både arbetsgivarens och arbetstagarens intresse. (VNK 2007 s. 24)

## 2.2 Internationellt om hälsofrämjande på arbetsplatser

På EU-nivå har man också gjort upp strategier för hälsofrämjande på arbetsplatser. European Network for Workplace Health Promotion är ett nätverk där alla medlemsländer är representerade. Nätverket slår fast att hälsofrämjande på arbetsplatser innefattar det att organisationen engagerar sig till att förbättra personalens hälsa. Hälsofrämjande på arbetsplatser innebär dessutom att det tillför arbetstagarna skälig information om arbetet och etablerar omfattande kommunikationsstrategier. Vidare menar nätverket att hälsofrämjande på arbetsplatser innefattar det att arbetstagarna tas med i beslutsfattande processer, att man utvecklar en arbetskultur som bygger på samarbete samt att man känner igen det faktum att organisationer påverkar människor och att de inte alltid främjar deras hälsa och välmående.

Nätverkets mål är att identifiera och sprida exempel av goda erfarenheter om hälsofrämjande på arbetsplatser genom att utbyta erfarenheter och kunskap. Genom att göra detta uppmuntrar EU medlemsländerna att placera hälsofrämjande på arbetsplatser högt på sin agenda samt att införliva arbetshälsoärenden i all politik. (ENWHP 2011)

Luxemburgdeklarationen uppkom i november 1997 och har sedan dess uppdaterats i juni 2005 och januari 2007. Det är ett europeiskt ställningstagande om hälsofrämjande på arbetsplatser och har undertecknats av 27 medlemsländer. Deklarationen fastställer att hälsofrämjande på arbetsplatser är arbetsgivarens, arbetstagarens och samhällets förerade insats att förbättra hälsan och välbefinnandet hos människor på arbetsplatsen. Det kan uppnås genom en kombination av att förbättra arbetsorganisationen och arbetsmiljön, att främja aktivt deltagande och att uppmuntra personlig utveckling. En frisk, motiverad och kompetent personal är grundläggande för det framtida sociala och ekonomiska väståndet i den Europeiska Unionen. (Luxemburgdeklarationen 2007 s. 2)

Gemensamt såväl för nationella som internationella program som berör hälsofrämjande och förhållanden i arbetslivet är att man talar om vikten av effektiv kommunikation, delaktighet, samarbete och gott ledarskap. Det här är dock begrepp som ingalunda är nya under solen, tvärtom har man redan länge talat om vikten av just dessa begrepp och innehållet samt kanske främst av allt, implementeringen av dem i arbetsplatserna. Ämnesvalet för denna studie är alltså inte bara viktigt utan också mycket aktuellt med hänvisning till både nationella och europeiska dokument ovan. Denna studie ämnar komma

en bit längre på vägen och söka hitta sätt att implementera det hälsofrämjande ledarskapet så att personalen och dess arbetshälsa gynnas.

## **2.3 Tidigare forskning**

De databaser som sökningarna gjordes i är Nelli, Medic, SweMed+, Academic Search Elite, Sage Online Journals och Emerald. De resultat som hittades i Nelli-databasen användes endast i kapitlet om ledarskap. Sökorden ledarskap, leadership, personnel management, johtajuus\*, hälsofrämjande, health promotion, well being, wellness, work-related health, terveyden edistäminen, work\*, employee\*, occupational, arbets\*, i olika kombinationer har använts. Orden ledarskap, hälsofrämjande och arbetsplats eller arbetstagare behöver finnas i abstraktet för att visa på att forskningen är relevant för denna studie. Forskningarna kan vara skrivna på de skandinaviska språken samt på finska och engelska.

Materialet har avgränsats så att endast forskningsartiklar som är utgivna år 2006 eller senare inkluderats, eftersom arbetet handlar om modernt ledarskap. Dessutom har endast nordiska forskningar inkluderats, för att levnads- och arbetsförhållandena är liknande i de nordiska länderna. Skribenten har dock en vetskap om att arbets- och ledarskapskulturen i Sverige och Finland skiljer sig till viss grad från varandra och håller detta i åtanke under studiens gång. Man har även i en litteraturgenomgång om begreppet hälsofrämjande kunnat konstatera att teoretiker från bl.a. WHO och Skandinavien och övriga Europa understryker att hälsofrämjande kan ske på alla strukturella nivåer genom samverkan för att individens hälsotillstånd ska öka. I Nordamerika betonar man däremot mer individens eget ansvar över sin hälsa. Därför har man velat koncentrera sig på skandinavisk forskning då referensramen blir sanningsenlig för de förhållanden där denna studie utförs. (Medin&Alexandersson 2000 s. 113)

Trots många sökningar i olika databaser med olika kombinationer av sökorden kunde endast nio forskningar som uppfyllde inklusionskriterierna hittas. Ett ganska stort antal träffar gick att få med de använda sökorden, men majoriteten av träffarna var antingen ovetenskapliga artiklar eller helt enkelt inte relevanta till sitt innehåll för just denna studie. Några intressanta forskningar kom fram med sökorden, men forskningen var inte tillgänglig, varken som pappersversion eller som elektronisk fulltextversion. Bland de

nio fanns två doktorsavhandlingar, två pro gradu-avhandlingar och fem forskningsartiklar. De båda doktorsavhandlingarna var gjorda i Sverige, pro gradu-avhandlingarna i Finland, en av forskningsartiklarna var norsk, två var svenska och två finska. Alla forskningar visade på liknande resultat oberoende av forskningsmetod. Härnäst presenteras forskningarna och centrala resultat från dem så att de grupperats enligt tema.

### **2.3.1 Utmaningar för framtidens ledarskap**

Kanste (2011) gjorde litteraturstudier angående ledarskapets samband med personalens arbetsattityder och arbetsvälbefinnande. Hon gick igenom såväl nationella som internationella forskningsartiklar, -rapporter och avhandlingar publicerade 2000-2010. Kanste påpekade att det är svårt att jämföra de empiriska resultaten eftersom ledarskap, arbetsattityder och arbetsvälbefinnande är mångfacetterade och föränderliga fenomen. Ledarskapet baserar sig visserligen på universella principer, men det har också en stark kulturell anknytning. (Kanste 2011 s. 34)

Ledarskapet kan enligt Kanstes studie vara en arbetsenhets resurs, som främjar positiva attityder till arbetet och arbetsvälbefinnandet. Ledarskapet kan också utsätta enheten för negativa attityder mot arbetet och illabefinnande i arbetet. Framtids- och förändringsorienterat, deltagande och bekräftande ledarskap samt ett ledarskap som är arbetstagarcentrerat har ett samband med hur man förbinder sig till arbetet, arbetstillfredsställelsen och känsla av empowerment. Även belöning, rättvist ledarskap, en lyckad växelverkan, socialt stöd och respons är viktiga komponenter med tanke på attityder till och välbefinnande i arbetet. Ledarskapets koppling till arbetsattityder och välbefinnande i arbetet är enligt Kanste komplext. Det påverkas av situationsfaktorer och olika fenomenens mångdimensionella karaktär. Hälsovården och vårdarbetet är arbetskraftscentrerade branscher där det förväntas en stark kompetens och kunskapsbas. Därför är ledarskapet en central framgångsfaktor och en av de viktigaste metoder för att uppnå strategiska mål. (Kanste 2011 s. 30)

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården ställer höga krav på ledarskapet. Programmet säger enligt Kanste (2011) att en ledare inom hälsovården skapar en verksamhetskultur som bekräftar personalen och uppmuntrar att utveckla den

egna yrkeskompetensen samt enhetens verksamhet. Dessutom försäkras ledaren personalens arbetsvälmående, tillräcklighet och tillgänglighet.

Enligt internationell litteratur ökar framtids- och förändringsledarskap vårdpersonalens engagemang till organisationen, menar Kanste. I det finländska vårdarbetet har man konstaterat att belönande förändringsledarskap har ett samband med ett starkt engagemang till arbetet, att förlika sig vid organisationen samt en vilja att kämpa för organisationen. Man vill engagera sig i arbetet och sina kolleger och vill stanna och arbeta inom vårdbranschen. Ett människo- och personalcentrerat ledarskap samt delegering av arbetsuppgifter har också ett samband med skötares vilja att stanna i arbetet och inom vården. (Kanste 2011 s. 31)

Förändringsledarskap som blickar framåt har konstaterats ha ett samband med det att skötare har en vilja att försöka sitt bästa i arbetet. Ett samband finns också med hur nöjd man är med ledarskapet samt med synen på ledarens effektivitet. Ett växelverkande ledarskap och framför allt belöning av personalen har ett samband med dessa faktorer, men i mindre utsträckning än förändringsledarskap. Ledarens stöd, effektiv kommunikation och respons påverkar positivt på personalens välmående. (Kanste 2011 s. 32)

Saario (2007) studerade i sin pro gradu-avhandling ledarskapsfärdigheter inom vården och kraven på färdigheterna i framtiden inom den offentliga hälsovården. Syftet med studien var att beskriva den mellersta och den högsta ledningens ledarskapsfärdigheter i den offentliga hälsovården både inom primärhälsovården och specialistsjukvården. I studien beskrivs både ledarnas egna uppfattningar om sina färdigheter och vilka färdigheter de tror att kommer att krävas i framtiden. Även de närmaste samarbetsparternas, dvs. avdelningsskötare och ledningsgruppernas uppfattningar om färdigheterna samt vilka färdigheter de tror att behövs i framtiden beskrivs. Studien genomfördes som en surveyundersökning med 203 deltagare från ett sjukvårdsdistrikt. I distriktet pågick olika strukturella utvecklingsprojekt inom organisationerna då undersökningen genomfördes. Samma frågeformulär användes åt alla deltagare. Endast 38% av frågeformulären returnerades, men av dem var 77% besvarade av ledare. Informanterna delades in i tre kategorier så att svaren kunde analyseras varje grupp för sig. Kategorierna bestod av ledare för vårdarbetet, avdelningsskötare och ledningsgruppers medlemmar. Frågeformuläret baserade sig på en mätare som utvecklats för att utreda ledarskapsfärdigheter i nordiskt

vårdarbete inom offentlig hälsovård. Den består av 12 delområden, men forskaren hade tillagt ett område som berör välbefinnande i arbetet. (Saario 2007 s. 42, 45)

Det visade sig i studien att ledarna uppskattade att kraven på ledarskapsfärdigheterna var högre än de befintliga färdigheterna i 74 av 80 delområden i undersökningen. Bäst hanterade de vårdarbetets roll som en del av hälsovårdssystemet. Det här ansåg man även vara det viktigaste delområdet i framtiden. Svagast var kunskaperna i hälsovårdspolitik, vilket ansågs vara en viktig faktor i framtiden. Avdelningssköterna ansåg att ledarnas färdigheter var sämre än kraven på färdigheterna i alla delområden i undersökningen. Ledningsgruppernas medlemmar ansåg att så var fallet i 79 av 80 delområden. Resultatet antyder att det finns ett behov att utveckla ledarskapsutbildningen och ledarskapet i sig. Saario påpekar att det att man tar hand om personalens hälsa och arbetsförmåga kommer att vara viktigt då man ska försäkra sig om att social-och hälsovården fungerar. För att personalen ska klara av sitt arbete måste man i ledarskapet inom vården mer än tidigare ta personalens arbetsvälbefinnande i betraktande. Centrala faktorer som stöder arbetsvälbefinnande är förändringsledarskap, ledning av åldrande personal samt utveckling av professionalitet hos personalen. Även flexibelt ledarskap behövs då man konkurrerar om arbetskraften. Mot den här bakgrunden anser forskaren att det är intressant att inte temen som har att göra med ledning av individuella färdigheter (möjlighet till flexibel arbetstid, sammanjämkande av arbete och familj, stöd av individuell karriärplan och studier) steg fram som centrala i utvärderingarna. Utvecklingssamtal ansågs däremot som mycket viktiga. (Saario 2007 s. 86, 96, 100)

### **2.3.2 Ledarskapets inverkan på arbetsnärvaro**

Dellve et al. undersökte år 2007 hur ledarskapet kan påverka personalens arbetsnärvaro. Forskarna påpekade att det endast finns ett fåtal empiriska studier och lite empirisk kunskap om hur ledaregenskaper och ledarskapsstrategier påverkar de anställda och deras närvaro i arbetet. Man utförde 23 kvalitativa djupintervjuer i olika delar av Göteborgs kommun med chefer som arbetade med hälsofrämjande på arbetsplatsen (workplace health promotion, WHP). Dessutom utvärderade man ledarskapets effekter utgående från ett- och två-års uppföljning av sjukfrånvaro hos kommunarbetare främst inom äldreomsorgen, barndagvården och utbildningssektorn. 3275 personer deltog i undersökningen, som baserade sig på ett treårigt register om sjukfrånvaro hos de anställda samt ett fråge-

formulär. Sedan skedde en kvalitativ kategorisering av svaren och en kvantitativ analys. (Dellve et al. 2007 s. 471)

Resultaten i studien visar att förbättrade ledaregenskaper relaterades till högre grad av arbetsnärvaro vid uppföljningen. Men arbetsnärvaro avses det att man kommer till arbetet som avtalat, i motsats till sjukfrånvaro. En ökning av ledarens belöning och erkännande samt ökad respekt till de anställda relaterades starkast till ökad närvaro på arbetet. I uppföljningen fanns det på årsbasis inga sjukfrånvaron i de här fallen. Vidare visade resultaten att det fanns ett positivt samband mellan ökad arbetsnärvaro och att arbeta i enheter där det fanns ökad respekt och tillit både bland den närmaste ledningen och den högsta ledningen, ett positivt klimat samt möjlighet till en öppen diskussion. Uppföljningen visade en ökning i arbetsnärvaron i sådana projekt vars syfte var att öka deltagarnas medvetenhet om sin egen hälsa och sitt välmående. Strategier om hälsofrämjande på arbetsplatser som fokuserar på individen associeras positivt med individuell arbetsnärvaro, men negativt med gruppens arbetsnärvaro. Högre arbetsnärvaro sågs också i de enheter där ledaren såg enheten eller organisationen som den ansvarige för höga sjukfrånvarotal, i motsats till att ställa individen till svars.

Sammanfattningsvis konstaterar forskarna att ledaregenskaper, ledarens strategier för hälsofrämjande på arbetsplatsen samt ledarens inställning till arbetstagarnas arbetsrelaterade hälsa spelar en avgörande roll för de anställdas arbetsnärvaro. Det som hade störst effekt på lång sikt för arbetsnärvaron var enligt forskarna multifokuserade interventioner i hälsofrämjande på arbetsplatsen. (Dellve et al. 2007 s. 473, 475)

Även Barsnes et al. (2011) har forskat i sjukfrånvaro, närmare bestämt vilken roll ledarskapet kan ha för att den som varit på en lång sjukledighet enklare kan återvända till arbetet. Sjukfrånvaro har varit ett aktuellt diskussionsämne i Norge under de senaste 20 åren. Man har gjort upp olika program och avtal inom arbetslivet om hur man kan minska sjukfrånvaron och hur arbetslivet ska utvecklas till mer inkluderande för arbetstagaren. Målen med avtalet, som reviderades senast år 2010, är att reducera sjukfrånvaron med 20% under avtalsperioden, att öka antalet arbetstagare med reducerad funktionsnivå samt att höja på pensionsåldern bland arbetstagare. Man vill också att personer som varit på långa sjukledigheter snabbt kommer tillbaka i arbetslivet. Målet med studien var att undersöka vidare samt beskriva de sjukskrivnas och deras chefers erfaren-



heter och synpunkter om framför allt det egna arbetet kring sjukfrånvaron. Barsnes et al. gjorde fokusgruppintervjuer i en norsk kommun bland 17 kommunalt anställda personer som varit sjuklediga i en period på minst sex veckor. Dessa 17 personer delades in i tre fokusgrupper som leddes av en moderator och två ko-moderatorer. Även en liten fokusgrupp med tre deltagare i chefsposition bildades, en chef intervjuades individuellt och en chef svarade på frågor per e-post. Alla fokusgrupper följde samma intervjuguide, men tilläggsfrågorna varierade enligt diskussionens riktning. De båda ko-moderatorerna hade tidigare erfarenhet av fokusgrupper då de båda var erfarna forskare, men moderatorn hade ingen tidigare erfarenhet av metoden. (Barsnes et al. 2011 s. 20)

Resultaten visade att både de sjukskrivna som cheferna ansåg att rutinerna kring sjukfrånvaroarbetet var bra och fungerande. De sjukskrivna ansåg dock att personliga egenskaper och kompetenser hos chefen hade stor betydelse för kvaliteten av uppföljningsarbetet. En god ledare beskrevs som en som tar kontakt och visar intresse för den sjukskrivna och en som är villig att ge av sin tid att diskutera hinder och möjligheter för att återvända till arbetet. Samtidigt ville man att ledaren skulle hålla ett professionellt avstånd och inte gå över det privata livets gränser. Att bli sedd och hörd av ledaren, att få bekräftelse för att man har betydelse för arbetsplatsen både som kollega och medmänniska var viktigt. Forskarna konstaterar, att resultaten visa på att nycklarna till ett gott sjukfrånvaroarbeta kan finnas i kommunikationen mellan de sjukskrivna och ledaren. Ledarna önskar få mera information om de sjukskrivnas önskemål beträffande ledarens sätt att ta kontakt och de sjukskrivna önskar att bli sedda och hörda samt att diskutera sin situation och möjligheter att återvända till arbetet. (Barsnes et al. 2011 s. 21, 23)

### **2.3.3 Förändringsledarskap och arbetsvälbefinnande**

Johansson et al. (2010) gjorde en studie vars syfte var att beskriva den närmaste chefens och sjukskötares upplevelser och erfarenheter av sitt vardagliga arbete samt hur ledarskapet upplevdes. Som bakgrund till studien förklarar forskarna att stora förändringar har skett inom hälso- och sjukvården och de har påverkat ledarskapet inom sjukvården. Ledarskap i vården å sin sida påverkar både vårdkvaliteten och de anställdas arbetsklimat. Därmed är det viktigt att öka förståelsen för aktuellt ledarskap i vården. Studien var en deskriptiv kvalitativ studie, som utfördes i tre svenska sjukhus på tre olika avdelningar. Man gjorde intervjuer med tre ledare och 14 sjukskötare och resultaten analyse-

rades med kvalitativ innehållsanalys. Två olika intervjuguider användes; en för ledarnas intervjuer och en för sjukskötarnas intervjuer. Studien var dessutom en del av ett pågående projekt vid Karolinska Institutet. (Johansson et al. 2010 s. 2619, 2620)

Huvudtemat som steg fram ur analysen var ”mellan varande och görande”. Sjukskötarna och ledarna beskrev vad det innebar att vara bra i sin profession (varande) och hur de engagerade sig i ett projekt vars syfte var att skapa en bra arbetsmiljö (görande) samt hur dessa dimensioner var relaterade till varandra. Resultaten visade bl.a. att kommunikation och ett öppet klimat som tillåter och möjliggör kommunikation ansågs vara viktigt för sjukskötarna. Sjukskötarna ansåg också att det var viktigt att ha en möjlighet att delta och påverka arbetet och dess innehåll bl.a. genom att lyssna på varandra. Man ansåg också att det är viktigt att det finns ett tydligt, gemensamt mål i arbetet. Om alla i arbetsgemenskapen informeras och informationskanalerna är effektiva, fungerar delaktigheten, ansåg man. Sjukskötarna förväntade sig dessutom stöd och respons från ledaren. (Johansson et al. 2010 s. 2625)

Ur resultatet steg det vidare fram att det centrala temat ser ledarskap i vården som en knivig relation mellan varande, som handlar om aspekter kopplade till en person och görande, som handlar om att skapa en ram för klinikens uppgifter. Dessa två poler beskriver ledarskap som ett företag där personlig karaktär och personliga förmågor utövas och en adekvat social praxis skapas. Resultatet understryker betydelsen av personliga egenskaper för att uppnå målen, både gällande ledarskap och vårdkvaliteten. Enligt forskarna är det bästa sättet att tolka resultatet genom dygdetiken. Sjukskötarna som deltog i studien ansåg att möjligheten att uppnå sina egna mål för vården berodde på ett bra arbetsklimat. Det indikerar att förhållandet kollegor och andra vårdare emellan är viktigt i arbetet. Likaså är tid och tillit från teamet viktigt för att sjukskötare ska kunna utföra sitt arbete effektivt. Enligt tolkningen av resultaten ska ledarna följaktligen fokusera på att utveckla dygder som får sjukskötare att uppnå målen för god vård samt skapa ett gott arbetsklimat. (Johansson et al. 2010 s. 2626, 2627)

Kullén Engström (2009) forskade i sin doktorsavhandling i effektivitet, ledarskap och medarbetarskap inom hälso- och sjukvården i Sverige. Hon har studerat den praktiska innebörden av begreppet effektivitet i hälso- och sjukvården. Dessutom har hon ur olika perspektiv velat belysa ledarskap och medarbetarskap i samband med olika strukturella

förändringar inom hälso- och sjukvården. Hennes avhandling består av fyra kvalitativa delstudier som är gjorda vid olika tidpunkter med olika informanter. Studie II var en intervjuundersökning om personalens upplevelser av strukturella förändringar i hälso- och sjukvården då två sjukhus skulle sammanslås. I analysen steg de fyra kategorierna delaktighet, tvivel, oro och hopp fram. Delaktigheten visade sig påverka graden av de övriga kategorierna, vilket ledde till att delaktighet blev den övergripande kärnkategorin. Informanterna lyfte fram betydelsen av information såväl från politiker som olika ledningsnivåer för att kunna känna delaktighet vid en strukturförändring. Relationen mellan delaktighet och de övriga kategorierna är enkelriktad, vilket innebär att graden av delaktighet inte påverkas av hopp, oro och tvivel. Däremot torde delaktighet påverkas av andra faktorer som till exempel information, kommunikation och ledarskap, skriver Kullén Engström. (2009 s. 34, 35)

Resultaten i avhandlingen visar på vikten av kommunikation vid strukturella förändringar. Medarbetare måste ges möjlighet att vara delaktiga i processen, men samtidigt kunna balansera sina åtaganden. Detta ställer stora krav på både ledarskap och medarbetarskap. Vikten av förtroende och tillit till såväl ledningens, organisationens som den egna förmågan att kunna hantera förändringsprocessen måste beaktas vid strukturförändringar. (Kullén Engström 2009 s. 37)

#### **2.3.4 Vikten av sammanhanget, växelverkan, delaktighet och förtroende för ett gott ledarskap**

Homan-Helenius&Aho har gjort en litteraturstudie om vilka faktorer som påverkar personalens empowerment i arbetet. De analyserade 16 nationella och internationella forskningsartiklar om empowerment i arbetet hos vårdpersonal som publicerats under åren 2003-2008. Sedan gjorde de en induktiv innehållsanalys på artiklarna. Enligt Homan-Helenius&Aho består empowerment i arbetet av tre överkategorier, vilka är förutsättningar för empowerment i arbetet, ledning av empowerment i arbetet och följder av empowerment i arbetet. Kategorin förutsättningar för empowerment i arbetet bestod av organisatoriska och personliga faktorer samt faktorer som är relaterade till arbetsmiljön. Med dessa menades att organisationsstrukturen är tydlig och att verksamhetsmiljön är öppen, dynamisk och har låg nivå av hierarki. Vidare menade man att om organisationens kulturella värden överensstämde med arbetstagarens personliga värden

så främjades empowerment i arbetet. Även flexibel kommunikation, fortbildning, mångprofessionellt arbete, belöning, yrkesskicklighet, självutveckling, stöd och uppskattning från chefen och kollegerna samt arbetsgemenskapens öppenhet och brist på konflikter ansågs främja empowerment i arbetet. (Homan-Helenius&Aho 2010 s. 12, 13)

Överkategori ledning av empowerment i arbetet bestod i sin tur av tre underkategorier; deltagande ledarskap, berikande arbetsuppgifter samt faktorer som påverkar ledarens eget empowerment. Ledarskap som ger makt och ansvar, stöd och uppmuntran främjar empowerment i arbetet. Däremot hindrar auktoritärt och dåligt kommunicerande ledarskap det. Ledarskap som tog individen i betraktande främjade det att arbetstagaren knöts ihop med rätt typ av arbetsuppgifter, vilket upplevdes ge empowerment. Det att arbetet upplevdes som meningsfullt och utmanande främjade empowerment i arbetet. Ifall arbetsuppgifterna och yrkeskompetensen inte upplevdes som tillfredsställande försämrade det relationerna och atmosfären på arbetsplatsen, konstaterade Homan-Helenius&Aho. Motsvarande resultat fick man då arbetsbördan var för stor eller för liten och vid rutinmässiga eller för utmanande arbetsuppgifter.

Det att arbetsuppgifterna upplevs som behagliga och att man känner sig kompetent ökar kommunikationen inom arbetsenheten. Chefen får empowerment genom stöd från och en fungerande relation till sin egen förman. Det att chefen får stöd från sin förman hade ett samband med hur meningsfull chefen upplevde sin egen arbetsmiljö och därigenom också med empowerment i arbetet. I ögonen på sina anställda var förmän som var *empowered* innovativa, belönande och inspirerande, och därigenom kapabla att ge empowerment åt sina anställda. (Homan-Helenius&Aho 2010 s. 16, 17)

Häkkinen (2007) undersöker i sin pro gradu-avhandling hälsofrämjande och dess ledning beskrivet av sjukvårdspersonal. Hon intervjuade 40 personer som arbetade som vårdpersonal, läkare, avdelningsskötare och övrig personal i ett sjukvårdsdistrikt i Finland. Enligt hennes studie består ledning av personalens hälsofrämjande av tre centrala element som är ledarskap, hälsofrämjande värden och personalens delaktighet. Utöver ledarskapet är det av betydelse att stärka personalens engagemang samt det sociala ansvaret beträffande organisationens verksamhetsmiljö. Chefens stöd och erkännande upplevdes som viktigt. Viktiga kraftkällor för personalen var enligt studien också ett

öppet och bekräftande närmelsesätt, organiseringen av arbetet samt kontroll över arbetsmiljön. (Häkkinen 2007 s. 14, 15)

En byråkratisk ledningskultur ansågs i Häkkinens studie vara gammalmodig. En förman som agerar enligt organisationens regler kan upplevas som oflexibel och ovillig att stöda personalen, om förmannen inte samtidigt visar sig förstå arbetstagarens ståndpunkt. En hälsofrämjande förman är enligt Häkkinens studie samarbetsvillig och förmår hitta samarbetsparter med vilka man gemensamt kan främja välmående på arbetsplatsen. Hälsofrämjande ledarskap handlar också om aktivt arbete, vilket kännetecknas av att känna igen problem hos personalen och att ta också svåra ämnen upp till diskussion. Kännetecknande för hälsofrämjande ledarskap var enligt Häkkinen också en förmåga att fatta beslut och agera enligt beslutet. Detta ingav en känsla av trygghet för personalen; att chefen är konsekvent och står för sina åsikter. Andra kännetecknade drag hos en hälsofrämjande förman var att den var rättvis, jämlik, modig, uppmuntrande och inspirerande. Att det fanns en växelverkan mellan chefen och personalen innebar att personalen vågade närma sig förmannen med sina ärenden. Bra arbetstidsplanering var ett sätt att agera hälsofrämjande, ansåg man. Ett av de viktigaste dragen hos en förman i denna studie var att chefen kunde lyssna på personalen. (Häkkinen 2007 s. 54, 55)

Eriksson (2011) studerade begreppet hälsofrämjande ledarskap och hur det implementerades i vården i sin doktorsavhandling. Enligt Eriksson är hälsofrämjande ledarskap ett tämligen nytt begrepp och påträffas främst i skandinavisk litteratur. Baserat på studier hon gjort i ämnet definierar Eriksson hälsofrämjande ledarskap som något som skapar en kultur för hälsofrämjande arbetsplatser och innefattar värden som inspirerar och motiverar de anställda att delta i en sådan utveckling. Med andra ord betraktar ledaren de anställda som en resurs i utvecklingen av en hälsosam arbetsplats. Från hennes studie framkom att kritiska villkor för utvecklandet av hälsofrämjande ledarskap innefattar organisations- och ledarskapsutveckling, samarbete kring hälsofrämjande på arbetsplatser samt utvärdering av hälsofrämjande arbetsplatser. (Eriksson 2011 s. 17)

Erikssons doktorsavhandling består av fyra delstudier, som alla baserar sig på fallstudier inom olika organisationer. Studie I var en fallstudie som gjordes i ett svenskt industriföretag som karakteriserades av låg sjukfrånvaro, en struktur av självledda team och en organisationskultur som siktar på att utveckla arbetstagares förmågor samt möjligheter

att påverka det egna arbetet. Studien bestod av halvstrukturerade intervjuer varav en var med företagets chef och 5 intervjuer med anställda, 6 observationer av gruppmöten gjordes och slutligen hade man tillgång till organisatoriska dokument från 15 års tid. Analysen gjordes hermeneutiskt. Studie II var en intervjuundersökning vars syfte var att beskriva och analysera hur hälsofrämjande ledarskap beskrevs av 20 individer i åtta svenska kommuner. Ett bekvämlighetssampel av 10 chefer och administratörer togs. Dessutom gjorde man intervjuer med 10 mellanchefer som tidigare deltagit i interventioner beträffande hälsofrämjande på arbetsplatser. Man analyserade resultaten fenomenologiskt. Studie III var en fallstudie, där man beskrev och analyserade ett interventionsprogram för utvecklandet av hälsofrämjande ledarskap i fyra distrikt i Göteborg. Man gjorde 17 halvstrukturerade intervjuer bland 15 personer som hade någon form av ledningsposition i kommunen. Intervjuerna kompletterades av kvantitativ data från en ledarskapssurvey. Alla chefer från de undersökta distrikten fick delta i surveyen, som gjordes årligen och mätte ledares arbetstillfredsställelse och uppfattningar om arbetsförhållanden. Av de 87 frågor som ställdes i surveyen valde forskaren att inkludera dem som var relevanta för studien. Studie IV var en fallstudie vars syfte var att beskriva och analysera samarbete kring hälsofrämjande på arbetsplatser i en svensk region. Det handlade om nio svenska kommuners samarbete vars syfte var att utveckla hälsofrämjande ledarskap. Fem deltagare i projektgruppen intervjuades. Resultaten från både studie III och IV analyserades med kvalitativ innehållsanalys. (Eriksson 2011 s. 28-30)

Resultaten av Erikssons studier visar att den specifika kontexten i vilken arbetsplatsen finns, omgivningen och arbetstagarnas professionella nivå måste beaktas då man analyserar förhållandet mellan ledarskap, organisation och hälsa i arbetet. En viktig aspekt att fundera över är att om ledarskapet och företagskulturen innehåller element av social press på arbetstagare för att arbeta hårdare. Resultatet av delstudie I, som utfördes i ett företag med låg sjukfrånvaro och hög grad av egen kontroll av arbetet, visade att de som inte passade in i företagets kultur sade upp sig, vilket antyder en effekt av friska arbetstagare. Företaget anställde alltså kunniga arbetstagare som kunde hantera kraven, vilket resulterade i låga sjukfrånvarosiffror. Informanterna beskrev hälsofrämjande ledarskap i stort sett på samma sätt som de beskrev gott ledarskap. Det verkar enligt Eriksson (2011) som om konceptet hälsofrämjande ledarskap används till att binda samman idéer om gott ledarskap till de anställdas hälsa. (Eriksson 2011 s. 34, 36)

Hälsofrämjande ledarskap verkar spela en stor roll i utvecklandet av hälsofrämjande arbetsplatser. Samarbete kring hälsofrämjande ledarskap minskar sjukfrånvaro bland anställda. Detta samarbete bland förmän kan enligt studien nås genom utbildning, stöd för ledarskapet samt förbättring av generella arbetsförhållanden för förmän i kommunerna. Vidare är det relevant att samarbetet sker mellan personer med olika kunskaper och erfarenheter inom området. På det sättet kan en integrerad form av hälsofrämjande på arbetsplatsen nås. (Eriksson 2011 s. 37, 38)

Begrepp som stigit fram ur den tidigare forskningen är framför allt delaktighet, jämlikhet, empowerment, tillit, mod, belöning och kommunikation. De här begreppen tillsammans med etik är begrepp som kommer att tas fasta på då fokusgruppintervjuerna utförs. Den tidigare forskningen tar alltså fasta på liknande aspekter, men ur lite olika synvinklar och med hjälp av varierande metoder. I den här studien vill man närmare belysa ämnet hälsofrämjande ledarskap och vilka möjligheter den har att påverka vårdpersonalens arbetshälsa. Ämnet studeras enbart ur personalsynvinkel och inte ur ledarsynvinkel, som gjorts i många tidigare studier.

Eftersom det är en utmaning för arbetsgivarna att locka personalen att stanna kvar i sitt arbete och dessutom skjuta på pensioneringen med några år är det av största intresse att utreda på vilka sätt man kan påverka personalens val. Arbetshälsa, eller välbefinnande i arbetet har en avgörande betydelse för hur länge en person stannar i sitt arbete. Ledarskapet är å sin sida i nyckelposition att påverka arbetshälsa hos personalen.

### **3 TEORETISK REFERENSRAM**

I det följande kommer begreppet ledarskap att belysas ur olika teoretikers synvinkel. Från att börja från allmänna definitioner och teorier kommer det hälsofrämjande ledarskapet att beskrivas. Slutligen behandlas ledarskap och administration inom hälso- och sjukvården i korthet. Den teoretiska referensramen består ytterligare av hälsofrämjande och vidare en hälsofrämjande modell vid namnet The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion. Skribenten är medveten om att det inte är en renodlad teori, utan en modell för hälsofrämjande verksamhet. Den är dock till sin innebörd så relevant och baserar sig på flera års forskning, att man velat ha med den som en del av den teoretiska referensramen. Modellen lyfter upp centrala temata inom hälsofrämjande,

den bygger på Ottawadeklarationen som hänvisats till tidigare och den består av komponenter som även andra forskningar lyft fram som relevanta beträffande hälsofrämjande ledarskap och dess inverkan på personalen och dess arbetshälsa.

### **3.1 Allmänt om ledarskap**

Enligt Northouse (2007) är ledarskap en process där en individ påverkar en grupp av individer för att uppnå ett gemensamt mål. Northouse tydliggör vidare sin teori och säger att ledarskap är en process, det innebär inflytande, det sker i gruppkontext och innebär gruppsammanhållning. Dessa komponenter kan identifieras som centrala för fenomenet ledarskap, menar Northouse. Att definiera ledarskap som en process innebär att det inte är en egenskap eller ett karaktärsdrag hos ledaren, utan en transaktiv händelse som sker mellan ledaren och dennes efterföljare. Process antyder att ledaren och efterföljarna påverkar varandra. Det understryker att ledarskap inte är en lineär envägshändelse, utan blir tillgängligt för alla. (Northouse 2007 s. 3)

Kallifatides ställer sig frågorna hur, när och var konstrueras ledare? Dessa frågor har inte ställts inom ledarskapsforskning, menar han i Jönsson (2009 s. 188). Då ledarskapet formas sker två simultana processer, menar Kallifatides. Dels forandet, eller bekräftandet av konkreta handlingslogiker och personliga känslö- och tankemönster hos blivande ledare. Ett steg i den processen kan vara att använda vissa ord för sin självbeskrivning. Dels handlar den andra processen om utmejslandet av ledarideologi för spridning och därmed legitimering av ledarens position (t.ex. att ledarskapet är avgörande för företagets framtid). Konstruktion av ledare sker alltså enligt Kallifatides samtidigt i subjektiverande och objektiverande processer. Subjektivering handlar om internalisering av "bilder av ledarskap" som individen kan möta omkring sig, däribland i sina egna handlingar. Objektivering handlar om skapandet och återskapandet av dessa "bilder av ledarskap". I de objektiverande processerna bildas stereotyper, förmedlade genom berättelser. I de subjektiverande processerna handlar det om att förhålla stereotyperna till den egna levda erfarenheten, något som görs i egna berättelser. Den samlande effekten av allt detta blir mänsklig handling, ledarskap, som ofta uttrycker något annat än renodlad stereotyp, menar Kallifatides. Att bli ledare är att passa in i den defi-



inition på ledarskap som gäller i det sammanhang där personen verkar. (Jönsson 2009 s. 188)

Ledarskapets innersta väsen diskuteras ofta genom att ledarskap särskiljs från chefskap eller management, och det har ofta utkristalliserats en sorts motsättning mellan de två. Man talar också om att ledarskap och chefskap inte är samma sak. Chefer ska ägna sig åt att administrera och sörja för ordning och reda, och de kan tillgripa tvång eftersom chefskapet är kopplat till en position; det är en formell befattning som man antar eller blir tilldelad, förklarar Jönsson (2009). En chef har ett formellt mandat som får underlydande just genom det formella mandatet. En ledare associeras däremot med något noblare. En ledare är någon som man väljer att följa av egen fri vilja, det är ingen man tvingas lyda. Chefer har å ena sidan inflytande över saker, de administrerar, kontrollerar, är kortsiktiga och upprätthåller den rådande situationen. De mer åtråvärda ledarna, å andra sidan, utvecklar, inspirerar, är långsiktiga och mobiliserar andra människor till att gå mot nya mål. Ledarskap är således något fint och åtråvärt, medan chefskap är något gråare och mindre spektakulärt, förklarar Jönsson resonemanget. (Jönsson 2009 s. 23, 25)

Chefskap och ledarskap är emellertid aktiviteter som utövas integrerat, och att särskilja de två leder enligt Jönsson till en falsk klassindelning, som delar upp två aktiviteter som är intimt sammankopplade. Ledarskapsbegreppet är ett begrepp om vilket det råder stor oenighet avseende definitioner. Ledarskapets forskningsfront består av en mängd olika begreppsliga traditioner, teoretiska idékomplex och metodmässiga variationer. (Jönsson 2009 s. 25)

Ledning av personalresurser berör nästan all växelverkan mellan organisationen och arbetstagaren. Förmännen borde vara effektiva i sin kommunikation både vad gäller muntlig framställning och skriftlig kommunikation. De ska lyssna på andras åsikter och använda sina förmågor för att få andra att bete sig enligt de mål man ställt upp. En ledare för vårdpersonalen har som huvuduppgift att berika och utvidga vårdarnas arbete, alltså att skapa en sådan atmosfär där andra kan använda sig av sina förmågor och uppnå mål. (Narinen 2000 s. 17, 19)

De flesta definitioner av ledarskap har enligt Sandahl et al. (2010) en sak gemensam. Det rör sig om att en person påverkar en grupp personer för att nå ett gemensamt mål.

Det kan i huvudsak ske på två sätt, menar Sandahl. Antingen sker det genom att den som försöker påverka blir accepterad av gruppen som auktoritet, eller genom att den som vill påverka gruppen tar till maktmedel. Att agera med auktoritet är någonting helt annat än att visa auktoritär maktutövning. När chefer agerar med auktoritet är makten legitim, han eller hon har vunnit förtroende att utöva makt. (Sandahl et al. 2010 s. 19-21)

Auktoritet är, till skillnad från maktutövning, ett bemyndigande eller en fullmakt som tilldelas någon, påpekar Sandahl. Den har sin grund i andras tillit och förtroende samt bygger på att de inblandade är överens om syftet med verksamheten och har insikt om vad som behöver göras. I ett sådant läge har alla förutsättningar att agera med auktoritet, oavsett om de är chefer eller inte. Att agera med auktoritet är att ta initiativ och handla för att uppnå de gemensamma, övergripande målen i verksamheten. Ett ledarskap som bygger på auktoritet, till skillnad från ett ledarskap som bygger på auktoritär maktutövning eller manipulation, bidrar till att skapa tillit och mening både i organisationen och i samhället i stort. Sandahl försöker beskriva det komplexa fält som chef- och ledarskap utgör. Beskrivningen innefattar olika aspekter av chefskap respektive ledarskap. Sandahl förklarar att det bara är meningsfullt att skilja på rollen som chef och rollen som ledare ur teoretisk synvinkel. I ett vardagsnära och praktiskt perspektiv är chefskap och ledarskap två sidor av samma mynt, menar Yukl (2006) i Sandahl i likhet med Jönsson (2009). De handlingar man utför som chef har en sida som handlar om vad som ska göras (chef) och en sida som handlar om hur man gör det (ledare). (Sandahl et al. 2010 s. 115)

Yukl skriver (2008 s. 132) om deltagande ledarskap, delegering och empowerment. Han menar att deltagande ledarskap innefattar insatser av en ledare att uppmuntra och möjliggöra andras deltagande i beslutandet av viktiga frågor. Delegering är en speciell form av en maktutdelningsprocess som sker när underställda ges skyldigheter och auktoritet för att fatta vissa typer av beslut som tidigare fattats av ledaren. Empowerment innebär en insikt hos en organisations medlemmar att de har en möjlighet att fastställa sin arbetsroll, bidra med meningsfullt arbete och påverka viktiga händelser.

Yukl beskriver vidare olika uppfattningar om etiskt ledarskap. Yukl påpekar att trots att intresset för etiskt ledarskap växer råder det stor oenighet om lämpliga sätt att definiera

och utvärdera det. Det finns hur som helst ingen etiskt neutral grund för ledarskapsteorier, för de involverar alltid värden och olika antaganden om lämpliga former av inflytande. Man har gjort försök på att definiera etiskt ledarskap och definitionerna innehåller värden, egenskaper och beteenden. Trevino, Brown och Hartman bad i en studie (2003 i Yukl 2008 s. 330) förmän att beskriva etiska ledare. Förmännen identifierade flera aspekter på beteende och motiv, men också aspekter på beteende som innefattade försök att påverka andras etiska beteende. Olika sätt att påverka kan användas av ledaren, exempelvis uttalanden om hur viktig etiken är, breda ut etiska riktlinjer i organisationen, utgöra modell för etiskt beteende genom att föregå som gott exempel samt att kritisera och straffa oetiskt beteende. (Yukl 2008 s. 330)

Även Sandahl skriver om etiskt ledarskap och menar att etiken har en central plats i alla mellanmännsliga relationer och i synnerhet i rollen som chef. Chefen är ansvarig för resultatet, en förebild för andra, en nyckelperson i fråga om att odla organisationskultur, normer och attityder och dessutom ansvarig för att reda ut konflikter. Chefen har stor nytta av att upprätta en etisk handlingsberedskap. Det finns inte någon enighet om definitionen av orden etik och moral. Etikbegreppet används mer i fråga om riktlinjer, etiska koder, begrepp och processer som förväntas leda fram till etiska beslut, medan uttrycket moral används mer med tanke på våra personliga ställningstaganden och handlingar. Den etiska grundfrågan är inte om man slipper att betala ett pris, utan om det värde, den handling man väljer är värd sitt pris, inte minst i perspektivet på sikt och i sin helhet. Därmed blir etik, i betydelsen medveten och systematisk reflektion över gott och ont, rätt och fel, mycket central för chefer och ledare. (Sandahl et al. 2010 s. 124, 125)

### **3.2 Hälsofrämjande ledarskapsteorier**

Enligt WHO (2007) handlar gott ledarskap om att förse personal och samarbetsparter med en riktning mot vilken man arbetar och att skapa ett engagemang för dem, samt att möjliggöra förändring och uppnå bättre hälsoservice genom effektiv, kreativ och ansvarsfull spridning av människor och andra resurser. Då ledare fastställer den strategiska visionen och mobiliserar satsningar mot förverkligandet av visionen, försäkras goda chefer en effektiv organisation samt utnyttjandet av resurser för att uppnå resultat och möta syftena. (WHO 2007 s.1)

Hanson (2010) har utgått från Antonovskys känsla av sammanhang-teori då han utvecklat begreppet salutogent ledarskap. Hanson har dock inte gjort ingående vetenskaplig forskning, så hans tankar är inte vetenskapligt verifierade. Jag vill ändå presentera dem här som en del av det som pågår inom ledarskapsfältet i Norden. Hanson menar inledningsvis att en föränderlig värld som inte kan hanteras med standardlösningar kan göra människor osäkra och förvirrade. Ledare får dock inte vara det, för då går det inte att leda andra. För att hantera och må bra i sitt ledarskap behöver ledaren också för egen del en god känsla av sammanhang. Det kan översättas till tre förutsättningar som ledaren behöver ha, nämligen vilja att leda, kunskap och förståelse för vad ledarskap är samt förmåga och mod att leda. Denna modell för det salutogena ledarskapet kan sedan också bidra till medarbetarnas upplevelser av meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. (Hanson 2010 s. 23)

Hanson påpekar att ledarens utmaning idag är densamma som den alltid varit, nämligen att få människor och verksamhet att fungera så att olika mål kan uppnås. Det har dock blivit svårare eftersom människorna, sammanhanget, förändringshastigheten och komplexiteten är annorlunda idag jämfört med förr. Ledare behöver nya sätt att tänka och att handla och Hanson menar att det behövs nya verktyg. Han talar dels om en bärande idé som kan motivera och vägleda människor. Med detta avser han det salutogena synsättet som ger ledarskapet en värdegrund och en inriktning. Dels talar Hanson om en mental modell eller tankemodell som hjälper till att sortera och förstå i ett komplext sammanhang. Här avser han teorin om känsla av sammanhang som en tankemodell som kan hjälpa ledaren att utforma ett ledarskap som är bra både för människan och för verksamheten. Ett ledarskap där både ledaren själv och de man leder upplever meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet i sitt arbete. (Hanson 2010 s. 28)

I Menckell&Österblom (2000 s. 34) beskriver Westlander 1993 olika ledarskapsmönster som har bättre förutsättningar än andra att främja god hälsa på arbetsplatserna. Mönstren är demokratiskt ledarskap, situationsanpassat ledarskap, auktoritativt ledarskap samt förändringsinriktat ledarskap. Det demokratiska ledarskapet består enligt Westlander av intresse för medarbetarna, stödjande planering, delegering samt deltagande. Det situationsanpassade ledarskapet handlar om att frigöra de resurser som för tillfället är tillgängliga dvs. ansvar, arbetsengagemang och kreativitet. Det auktoritativa ledarskapet bygger på personegenskaper hos chefen som möjliggör ett auktoritativt förhållningssätt.

I det förändringsinriktade ledarskapet poängteras chefers förmåga att skapa visioner, att ta risker och att acceptera nya idéer. Westlanders granskning av dessa mönster ur ett hälsofrämjande perspektiv visar att samtliga är under olika förutsättningar viktiga för ett hälsofrämjande ledarskap. Det att ledaren väljer en strategi för sitt ledarskap kan förutsättas få betydelse för den grad i vilken ledarskapet kan betraktas som hälsofrämjande.

Menckell&Österblom (2000 s. 22) beskriver olika behov en arbetstagare har och som ledarskapet på arbetsplatsen kan påverka. De nämnde bl.a. behov av att kunna lära sig något i arbetet, att kunna fatta beslut åtminstone inom ens eget arbetsområde, behov av anseende i alla fall i form av visst mellanmänniskt stöd och respekt på arbetsplatsen, att se sammanhang mellan arbetet och omvärlden åtminstone så att man kan se ett samband mellan det man gör i arbetet och det som betraktas som nyttigt eller värdefullt i samhället.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att definitioner på ”vanligt” ledarskap och hälsofrämjande ledarskap har flera gemensamma nämnare. Ledarskapet är en process som sker i gruppkontext. Ledarskap är en händelse och inte ett karaktärsdrag. Vidare handlar ledarskap om att utveckla, möjliggöra, inspirera samt kommunikation. Yukl, som inte har sin bakgrund inom hälsovården, talar även om empowerment då han beskriver ledarskap. Däremot talar den ”vanliga” ledarskapsforskningen inte om hur ledarskapet främjar personalens arbetshälsa, utan om hur arbetet görs effektivast med hjälp av ett fungerande ledarskap.

### **3.3 Ledarskap inom hälso- och sjukvården**

På 1950-, 60- och 70-talen handlade ledarskapsläroböckerna enligt Jalas et al. (1992) mer om administration än om ledarskap. Man beskrev noggrant de hierarkiska processerna i vårdarbetet och alla arbetare hade sin egna specifika uppgift. Läroböckerna beskrev också detaljerat hälsovårdsadministrationen, lagstiftningen, sjukhusets huvudfunktioner och utrymmen. Kort nämnde man organisationsteorier och ledarskapsstilar och hänvisade till utbildningens uppbyggnad. Nyckelbegreppet i de tidiga läroböckerna var alltså administration och inte ledarskap. En del av innehållet är dock aktuellt flera årtionden senare; man talade exempelvis om den bästa möjliga vården för patienten, om att definiera mål och betydelsen av växelverkan. I de administrativa läroböckerna var

inte vårdarbetet som grund för de administrativa lösningarna, utan tvärtom verkar kunskapsbasen för vårdarbetet haft liten inverkan på utvecklandet av administrationen. Läroböckerna har också fört fram traditionen om uppgiftscentrering och författarna drar slutsatsen att de som läst läroböckerna levtt ut det de lärt sig, eftersom det varit så svårt att komma ifrån uppgiftscentreringen och att uppnå utrymme för sakkunnighet. År 1992 konstaterade Jalas et al. att det är tydligt att man måste försöka bilda en uppfattning av ledarskapet på nytt så att den kommer till nytta både för ledarskapsutbildningen och praktiken. (Jalas et al. 1992 s. 11, 12)

Jalas (1992) påminner att avdelningsskötaren och överskötaren är beroende av vårdpersonalen, deras sakkunskap och deras engagemang till arbetet. Makten hos ledaren beror på hur bra vårdpersonalen klarar sitt grunduppdrag och hur starka de är, det vill säga hur starkt vårdarbetet är. Vårdpersonalens stöd är ledarens kraftkälla vid dennes strävanden efter att trygga förutsättningarna för verksamheten. Det finns en spänning mellan makt och beroende för att i ledarskapsuppdrag är beroendet större än den formella kompetensen som hör till ämbetet. Ju högre upp i hierarkin personen är, desto mer beroende är han eller hon av andra. Det är möjligt att hantera beroendet i en situation där ledarens verkliga makt inte begränsas till den formella kompetensen och överskrider därmed beroendet. (Jalas et al. 1992 s. 71)

Då man talar om makt och beroende som har att göra med ledarskap inom vårdarbetet måste man enligt Jalas et al. (1992) också reda ut begreppen byråkratisk och professionell auktoritet, vilka bägge används av ledare i vården. Med byråkratisk auktoritet avses sådant inflytande som grundar sig på användning av befogenheter som kommer med ämbetet. Dessa befogenheter har att göra med personens position i organisationen, inte med personen som besitter positionen. Uppgiften med byråkratisk auktoritet är att koordinera vårdpersonalens arbete med övriga viktiga funktioner inom organisationen. Beslutsfattandet styrs av de professionella värdena i vårdarbetet. Det att man använder byråkratisk auktoritet styrs av en tydlig uppfattning om vem som är expert på det praktiska vårdarbetet och hur den personens verksamhet ska koordineras med den övriga sakkunskapen i organisationen. Om den byråkratiska auktoriteten används utgående från andra orsaker än grunduppdraget för vården och en professionell kunskaps- och värdegrund, kan den byråkratiska auktoriteten upprätthålla rutinerade normer och verksamhetssätt som inte främjar professionell tillväxt hos vårdpersonalen. Den byråkratiska auktorite-

ten ensam räcker inte för en ledare inom vården. En ledares uppgift är att påverka så att vårdarbetare motiveras att kritiskt utvärdera sin verksamhet och utveckla sin yrkeskompetens. Professionell auktoritet baserar sig på ledarens sakkunskap och därtill på möjlig personlig karisma. En ledare har professionell auktoritet ifall vårdpersonalen unnar honom eller henne sakkännedom och verkar för de mål han eller hon ställt. Den professionella auktoritetens uppgift är att känna igen vårdpersonalens sakkännedom och ge dem makt till självständigt beslutsfattande. Den viktigaste uppgiften med professionell auktoritet är dock att känna igen sakkunskap och sörja för professionell tillväxt genom att motivera. En ledare inom vården behöver således både byråkratisk och professionell auktoritet för att kunna öka sjukskötarens makt och kraft. (Jalas et al. 1992 s. 72-74)

På 1990-talet beskrev Jalas et al. (1992) även det finländska ledarskapet och mer specifikt ledarskapet inom vården. Det finländska ledarskapet anklagades för att vara styvt, auktoritärt och byråkratiskt. Byråkratin i hälsovården bestod av en centrerad hierarki, som i sin tur bestod av centrerat beslutsfattande, hierarkiska och noggrant avgränsade makt-, ansvars- och verksamhetsområden, betoning på förhållandet mellan förman och anställd samt övervakning. De andra beståndsdelarna är arbetsfördelningen och specialiseringen, då den tekniska kompetensen och specialiseringen garanterar effektivitet. Därutöver inkluderar man ännu det att verksamheten är likartad, emedan det garanterar att verksamheten är jämlik och opartisk. I det nya ledarskapet inom vården tränger sig de professionella värdena in i områden för den byråkratiska organisationen och kulturen och förändrar verksamheten genom sakkunnighet och ledarskap. Man koncentrerar sig alltså på att utgå ifrån patientens behov i stället för att arbeta och leda uppgiftscentrerat, då man lätt kan säga ifrån sig ansvaret eftersom ”det inte hör till mig.” (Jalas 1992 s. 98, 99)

Social- och hälsovårdsministeriet, Stakes och Finlands kommunförbund har år 1999 sammanställt rekommendationer för kvalitetsledning för social- och hälsovården på 2000-talet. Man rekommenderar bl.a. att det skapas möjligheter för alla intressenter att delta aktivt på olika plan när kvaliteten på servicen bedöms. Man rekommenderar också att organisationer som producerar service ska ha en yrkeskunnig och tillräcklig ledning, att ledningen förbinder sig till kvalitetstänkande och fungerar som exempel i den egna organisationen samt att ledningen utbildar sig för ledningsmetoder som stöder kvaliteten. Vidare rekommenderar man att serviceproducenterna ska sörja för att organisat-

ionen har en kunnig och tillräckligt stor personal, att personalen kan delta i fortbildning som upprätthåller yrkesskickligheten och ökar kunskaperna i kvalitetsledning samt att serviceproducenterna tar i bruk personalbokslut. (Outinen&Lindqvist 1999 s. 7, 8)

Beträffande ledarskapet inom hälso- och sjukvården specificerar man rekommendationerna genom att påpeka att kvalitetsledning förutsätter att sättet att leda bygger på människornas delaktighet, partnerskap i samarbetet, kontinuerlig förbättring av kvaliteten, faktabaserat beslutsfattande samt processorientering. Därtill hör det till ledningens uppgifter att utveckla ett kundcentrerat verksamhetssätt, att identifiera verksamhetens interna och externa utvecklingsmöjligheter, att precisera värden och mål och informera om dem i hela organisationen. Vidare ska ledningen ange riktningen för hela organisationen genom att skapa strategier och att se till att organisationens alla mål har samma riktning, att ställa upp omfattande verksamhets- och kvalitetsmål samt att ständigt följa upp och bedöma dem. Likväl hör det till ledningens uppgifter att skapa en inspirerande och mål-inriktad atmosfär som bygger på samarbete och som gör det möjligt för personalen att klara sig i arbetet samt att med sitt eget exempel och handlingssätt visa sitt engagemang för organisationens värden, mål och syften. (Outinen&Lindqvist 1999 s. 15)

Enligt Pekkarinen (i Laitinen 2010) blev strategiskt ledarskap en del av ordförrådet i den finländska hälso- och sjukvården i slutet av 1990-talet. De första strategierna för sjukvårdsdistrikt dök upp i offentligheten i början av 2000-talet. Efter depressionsåren behövdes kostnadseffektivitet, vilket ansågs kräva starkt ledarskap. Man började fästa uppmärksamhet vid sjukhusens finansiering, ledarskapets särdrag och ledarskapssystem överlag. I motsats till sakkunnigorganisationer i allmänhet är gränserna mellan yrkeskåren i sjukhusvärlden ganska tydliga på grund av den krävda formella kompetensen. Vårdpersonal kan stiga i rang till ledande positioner inom vårdarbetet, men inte inom medicin utan en skild utbildning. Till den högsta ledningen inom universitetssjukhusen kan däremot vem som helst med en högre högskoleexamen nå, men läkarna dominerar alltjämt tack vare sitt medicinska substanskunnande. (Laitinen 2010 s. 17)

Varje bransch har enligt Kauhanen (i Laitinen 2010) sin egen kultur och varje organisation sin egen organisationskultur. Inom hälsovårdsvärlden har det skapats en egen kultur under de senaste 150 åren. Det är enligt Kauhanen en långsam och utmanande process att förändra en organisationskultur. Han påstår att man räknar inom den offentliga för-



valtningen att förändring av en organisations kultur tar ungefär 10 år i anspråk och att en ledande chefs mandatperiod brukar vara ca fem år. Det betyder alltså att två chefer efter varandra borde driva samma saker stenhårt för att uppnå förändring, vilket är ganska utmanande. Det man gjort under de senaste åren inom hälsovården i Finland är att man ökat förändringskapaciteten. Den högsta ledningen har sett att den gamla verksamheten och servicestrukturen inte räcker till för att man ska klara sig. Man har försökt beskriva verksamhetsprocesserna tydligt och ändrat på stödfunktionerna. Man har också bättre kunnat sätta en prislapp på tjänster som skapats av funktionerna och därmed bättre kunnat jämföra dem med tjänster som köps utifrån. (Laitinen 2010 s. 49, 50)

Man kan alltså konstatera att ledarskapet inom hälso- och sjukvården varit hierarkiskt uppbyggt och att det alltjämt är så. Man har dock insett att man behöver förändra strukturerna för ledarskapet för att göra verksamheten mer ändamålsenlig, effektiv och mål-inriktad med tydliga syften, men det arbetet kräver tid och långsiktigt tänkande.

### **3.4 Teorier om hälsofrämjande**

Hälsofrämjande är ett begrepp som har ansetts vara svårt att definiera. Man har i stället definierat vilka slags handlingar som kan anses vara hälsofrämjande. Begreppet används ofta synonymt med bl.a. prevention, hälsovård och hälsoupplýsning. Hälsofrämjande beskrivs enligt Medin&Alexandersson (2000), som gjort en litteraturgenomgång av olika teorier om och definitioner av hälsa och hälsofrämjande, ofta i termer av handlingar, tillstånd som kan botas, motarbetas, hjälpas eller främjas, mål, processer eller strategier på olika strukturella nivåer. Vissa begrepp framstår dock som mer essentiella än andra och de är hälsa, helhetssyn, empowerment, coping, samverkan, stödjande miljö samt prevention. (Medin&Alexandersson 2000 s. 107)

Den första internationella konferensen om hälsofrämjande hölls i Ottawa, Kanada i november 1986, då en deklaration för att uppnå hälsa för alla år 2000 gjordes. Konferensen i Ottawa var ett svar på de växande förväntningarna på en ny primärvård rörelse världen över. Enligt Ottawadeklarationen är hälsofrämjande en process, som möjliggör för människor att öka kontroll över och förbättra sin hälsa. För att uppnå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välmående, måste en individ eller grupp identifiera och förverkliga strävanden, tillfredsställa behov och förändra eller anpassa sig vid

omgivningen. Hälsa ses följaktligen som en resurs för vardagligt liv, inte som ett mål i sig. Förutsättningar för hälsa enligt WHO är fred, skydd, utbildning, näring, utkomst, ett stabilt ekosystem, hållbara resurser samt social jämlikhet och rättfärdighet. Förbättringar i hälsa fordrar en trygg grund i dessa förutsättningar. Grundläggande begrepp i detta sammanhang är att möjliggöra, att förespråka och att medla för hälsa. Hälsofrämjande verksamhet syftar på att förbättra villkoren för de ovan nämnda förutsättningarna för hälsa genom att förespråka hälsa. Hälsofrämjande verksamhet fokuserar på att uppnå jämlikhet i hälsa hos alla människor. Målet är att minska på skillnader i aktuell hälsostatus och försäkra lika möjligheter och resurser att möjliggöra för alla människor att uppnå deras fulla hälsopotential. Förutsättningarna och framtidsutsikterna för hälsa kan inte försäkras av endast hälsovårdssektorn. Hälsofrämjande kräver koordinerat engagemang av alla berörda parter inklusive riksdagen, hälso-, social- och ekonomisektorn, icke-politiska och frivilliga organisationer och media. Människor i alla livsskeden involveras som individer, familjer och samhällen. Professionella och sociala grupper samt hälsovårdspersonal har ett stort ansvar att medla mellan varierande intressen i samhället för utövande av hälsa. Hälsofrämjande program och strategier borde anpassas till lokala behov och möjligheter och ta i betraktande varierande sociala, kulturella och ekonomiska system. (WHO 1986 s. 1, 2)

Med hälsofrämjande verksamhet avser man i Ottawamanifestet att den inledningsvis är något mer än hälsovård. Hälsofrämjande verksamhet sätter hälsofrågor på agendan hos politiker och andra beslutsfattare inom alla sektorer och nivåer. Hälsofrämjande verksamhet riktar beslutsfattaress intresse mot de hälsokonsekvenser som deras beslut har och till att beslutsfattare accepterar sitt ansvar i dessa frågor. Syftet med hälsofrämjande verksamhet är att göra det hälsosamma valet till det enkla valet även för beslutsfattare. Föränderliga mönster i livet, på arbetsplatsen och på fritiden har en avgörande inverkan på hälsa. Arbete och fritid borde vara en källa för hälsa hos människor. Det sätt på vilket samhället organiserar arbetet borde hjälpa att skapa ett hälsosamt samhälle. Hälsofrämjande framkallar levnads- och arbetsförhållanden som är trygga, stimulerande, tillfredsställande och njutningsbara. (WHO 1986 s. 2)

En systematisk utvärdering av hälsoeffekter i en snabbt föränderlig miljö är mycket viktig att utföra och måste följas upp med verksamhet för att försäkra positiv nytta för människornas hälsa. Hälsofrämjande arbetar genom konkret och effektiv verksamhet i

samhället genom att prioritera, fatta beslut, planera strategier samt att implementera allt detta för att uppnå bättre hälsa. Hälsofrämjande stöder personlig och social utveckling genom att sörja för information, utbildning för hälsan samt förbättra levnadsförmågor. Genom att göra det ökar det antalet möjligheter för människor att ha mer kontroll över sin egen hälsa och över omgivningen samt att fatta beslut som bidrar till hälsa. Att göra det möjligt för människor att lära sig genom hela livet, att förbereda sig för alla de olika skedena och att klara av och kunna leva med motgångar är essentiellt. Det här behöver främjas i skolan, i hemmet, på arbetsplatsen och i samhället. Ansvar för hälsofrämjande inom hälsovården delas mellan individer, samhällsgrupper, professionella inom hälsovården, hälsoserviceinstitutioner på riksnivå. De måste arbeta tillsammans mot ett hälsovårdssystem som bidrar till hälsosträvanden. (WHO 1986 s. 3)

I Medin&Alexandersson (2008 s. 114) går Nutbeam 1998 vidare från WHO:s definition när han säger i att hälsofrämjande är den process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över hälsans determinanter och därmed förbättra sin hälsa. Nutbeam menar att det finns sju termer som är centrala för hälsofrämjande och de är hälsa, hälsofrämjande arbete, hälsa för alla, folkhälsa, primärvård, sjukdomsprevention och hälsoutbildning.

WHO utreder ytterligare vad hälsofrämjande arbete är och vilket dess syfte är. Enligt WHO är syftet med hälsofrämjande arbete att stödja personlig och social utveckling genom att förse personer med sådan information, hälsoutbildning och kunskap som ökar individens möjlighet att bemästra tillvaron på olika strukturella nivåer. Hälsofrämjande arbete riktar sig enligt WHO till hela befolkningen, till de åtgärder som är avgörande för och bidrar till hälsa. Det kombinerar olika metoder, såväl samhälleliga som lokala instanser för att nå hälsa. Med detta avser man samverkan. Hälsofrämjande arbete ämnar förstärka befolkningens aktiva medverkan i hälsoarbetet, med vilket man avser delaktighet. (Medin&Alexandersson 2000 s. 120)

Enligt Ewles&Simnett (2005) handlar hälsofrämjande arbete om att förbättra hälsotillståndet för såväl enskilda individer som grupper. Verksamheten går ut på att främja hälsa, det vill säga att förespråka, stötta, uppmuntra och prioritera hälsa såväl på det individuella som det kollektiva planet. De viktigaste faktorerna som påverkar utgörs enligt Ewles&Simnett av sociala, ekonomiska och miljörelaterade aspekter som ofta ligger

utanför individens kontroll. Därför är en av de grundläggande målsättningarna för hälsofrämjande verksamhet att stärka människors förmåga att ta mer kontroll över de aspekter i livet som påverkar deras hälsa. (Ewles&Simnett 2005 s. 37)

Omgivningen där hälsofrämjande verksamhet äger rum är avgörande för formen, innehållet och resultatet av verksamheten. Inte i något annat fält av hälsofrämjande är detta mer sant än på arbetsplatsen. Omgivningen hänvisar till den omedelbara fysiska miljön och den psykosociala miljön. Viktigt nog, omgivningen innefattar också det ideologiska sammanhanget för arbete och för organisationen, antaganden och övertygelser som finns införstådda i de lagar och sociala tillvägagångssätt och andra seder och bruk. Föreställningen av omgivningen inkluderar således både materia och ett socialpolitiskt sammanhang. (Tones&Tilford 2001 s. 300)

Menckell&Österblom (2000 s. 32) menar igen att hälsofrämjande på arbetsplatser i hela dess positiva betydelse omfattar förbättrad hälsa hos medarbetarna samt beaktande av såväl fysiska som psykosociala faktorer, ledarskapet och företagskulturen.

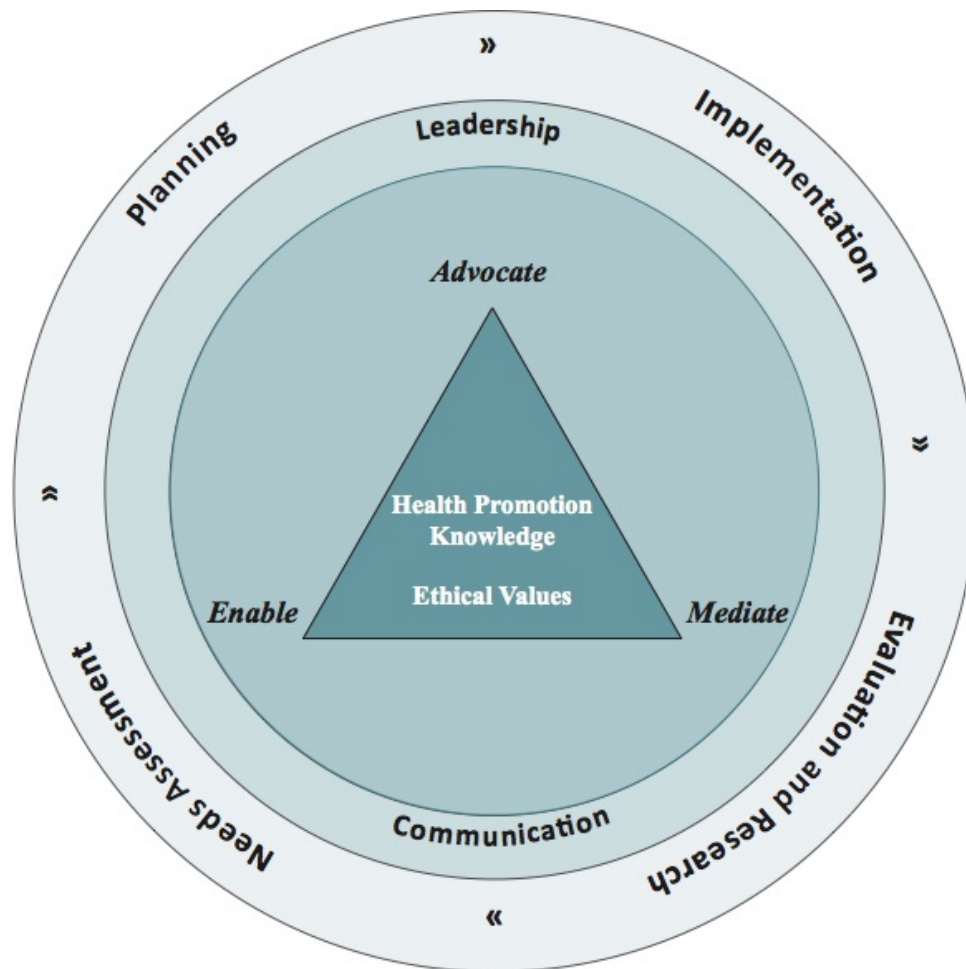
### **3.5 The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion**

CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion (i fortsättningen CompHP) är en hälsofrämjande modell som är resultatet av ett sameuropeiskt projekt som heter Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building. Syftet med modellen är att utveckla kompetensbaserade standarder och ett ackrediteringssystem för hälsofrämjande verksamhet, undervisning och utövande som har en positiv inverkan på arbetskraftens kapacitet att leverera en förbättring av folkhälsan i Europa. Allmänna mål för projektet är att identifiera, enas om och publicera kärnkompetenser inom hälsofrämjande verksamhet, undervisning och fostran i Europa. Vidare vill man utveckla och publicera kompetensbaserade professionella standarder för hälsofrämjande verksamhet, som alltså modellen är resultatet av. (Dempsey et al. 2011 s. 1)

Som bakgrund till modellen kan sägas ligga det faktum att en kompetent arbetskraft som har de nödvändiga insikterna, förmågorna och färdigheterna att översätta program,

teorier och forskning till effektiv verksamhet utmärks som avgörande för framtida växt och utveckling av globalt hälsofrämjande. Det att man identifierar och kommer överens om kärnkompetenser för effektivt hälsofrämjande verksamhet, utbildning och inläring kännetecknas som en avgörande komponent i utvecklandet och stärkandet av arbetskraftens kapacitet att förbättra global hälsa. (Dempsey et al. 2011 s. 4)

Modellen är enligt dess författare tillämpbar inom en mängd olika områden. CompHP kärnkompetenser kan användas på olika sätt. Avsikten med kompetenserna är att bidra till en beskrivning av de essentiella insikter, förmågor och värden som behövs för att upplysa effektiv verksamhet. Kärnkompetenserna har en nyckelroll i utvecklingen av hälsofrämjande genom t.ex. fortsatt professionell utveckling, att bidra till en mer effektiv arbetskraft samt genom att utgöra basen för ansvarsfull verksamhet och kvalitetssäkring. Kärnkompetenserna gynnar arbetare inom hälsofrämjande genom att kompetenserna intygar om att det finns tydliga riktlinjer för de behövda kunskaperna, förmågorna och värdena för att arbeta effektivt och etiskt. Kompetenserna främjar bättre kommunikation och teamwork i mångprofessionella och –sektoriella arenor genom att bidra med ett gemensamt språk och en delad förståelse för nyckelbegreppen och arbetssätten i hälsofrämjande. Vidare kan kärnkompetenserna vara till nytta inom hälsofrämjande arbete genom att identifiera personalutvecklings- och inlärningsbehov, de bidrar med en ram för utvärdering och kvalitetssäkring, hjälper arbetstagare och chefer att få en bättre uppfattning om olika hälsofrämjande roller på individuella arbetsplatser samt utvecklar lämpliga arbetsbeskrivningar. (Dempsey et al. 2011 s. 5, 6)



Figur 1. Dempsey et al. 2011. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion.

I handboken, som närmare beskriver modellen har man definierat kompetenser som en kombination av den essentiella kunskap, förmåga, färdighet och värden som behövs för att utöva hälsofrämjande. Kärnkompetenser definieras vidare som den minsta mängd kompetenser som utgör en bas för alla roller inom hälsofrämjande, eller sagt på ett annat sätt, de är vad alla utövare av hälsofrämjande förväntas kunna göra för att arbeta effektivt, ändamålsenligt och lämpligt för branschen. Kärnkompetenserna i modellen är ett resultat av en vid konsultationsprocess och en uppsamling av europeisk och internationell forskningslitteratur. Kärnkompetenserna utgår ifrån Ottawadeklarationen från år 1986, som med sin banbrytande hälsofrämjande vinkling haft en naturlig roll som grundpelaren i författarnas arbete. CompHP omfattar 11 olika kärnkompetenser som utgör modellen. Modellen åskådliggörs i figur 1. I modellens kärna finns de etiska värdena och den hälsofrämjande kunskapsbasen. De utgör således basen för all hälsofräm-

jande verksamhet och beskrivs mer detaljerat genom de nio andra områdena i modellen. (Dempsey et al. 2011 s. 2, 7)

Etisk hälsofrämjande verksamhet baserar sig på ett engagemang till att hälsa är en mänsklig rättighet och att den är central för mänsklig utveckling. Dessutom är det engagemang till att respektera individers och grupperns rättigheter, värdighet, konfidentialitet och värde. Vidare handlar det om en övertygelse om att hälsofrämjande verksamhet är välgörande och skadar inte, om att vara ärlig om vad hälsofrämjande är och vad det inte kan uppnå. Etisk hälsofrämjande verksamhet handlar också om att verksamheten grundar sig på samarbete och partnerskap, att man söker fram bästa möjliga tillgängliga information och evidens som krävs för att implementera program som påverkar hälsan. Bekraftande av individer och grupper för att skapa oberoende och självrespekt ligger också som grund för etiskt hälsofrämjande verksamhet. Att stå till svars för kvaliteten av sin egen verksamhet och att ansvara för att upprätthålla och förbättra kunskaper och förmågor inom den hälsofrämjande verksamheten har också att göra med etiskt handlande.

Kunskapsbasen som tillsammans med etiken utgör basen för de hälsofrämjande kärnkompetenserna innebär att en som arbetar med hälsofrämjande känner till konceptet, principerna och de etiska värdena inom hälsofrämjande som de definierats i Ottawadeklarationen. I kunskapsbasen ingår en förståelse av att jämställdhet i hälsa, social jämlikhet samt hälsa som en mänsklig rättighet utgör en grund för hälsofrämjande verksamhet. Hälsofrämjande modeller och närmelsesätt som stöder empowerment, delaktighet, partnerskap och rättfärdighet fungerar också som grund för hälsofrämjande verksamhet. Insikt i de rådande teorier som utgör grunden för effektivt ledarskap, främjande av samarbete, kommunikationsprocesser och rådande informationsteknologi som krävs för effektiv hälsofrämjande verksamhet behövs för en bred kunskapsbas, menar Dempsey et al. (2011 s. 8)

Området som handlar om att möjliggöra förändring innebär att möjliggöra för individer, grupper, kommuner och organisationer att öka kapaciteten för hälsofrämjande verksamhet i syfte att öka hälsa och minska på hälsoskillnader. Området som handlar om att förespråka hälsa innebär att tala för individers, grupper, kommuners och organisationers förmåga att förbättra hälsa och välmående samt att öka kapaciteten för hälsofrämjande

verksamhet. Det femte området handlar om att samarbeta gränsöverskridande för att öka den hälsofrämjande verksamhetens inverkan och hållbarhet. Kommunikationsområdet handlar i modellen om att hälsofrämjande verksamhet kommuniceras effektivt genom att använda lämplig teknik och teknologi för olika målgrupper. Vidare bör man komma ihåg de olika formerna av kommunikation; skriftlig, verbal, non-verbal och lyssnande. Interpersonell kommunikation samt grupparbetsförmågor behövs för att göra det enklare för individer, grupper, kommuner och organisationer att förbättra hälsa och minska på ojämlikheter i hälsa. Ledarskap är ett eget område i modellen och tas upp genom att det bidrar till utvecklingen av en gemensam vision och strategisk riktning för den hälsofrämjande verksamheten. Ledarskapet visar på att man kan samarbeta med personer som berörs av verksamheten för att nå samförstånd i det aktuella ärendet. Man ska kunna använda sådana ledarskapsförmågor som främjar empowerment och delaktighet. Med ledarskapet visar man att man kan bilda nätverk och motivera genom att leda förändring mot förbättrad hälsa. Man bidrar genom att mobilisera och leda resurser för hälsofrämjande verksamhet, likaså till grupp- och organisatorisk inläring för att få den hälsofrämjande verksamheten att avancera. (Dempsey et al. 2011 s. 10)

I modellens innersta kärna finns alltså de etiska värdena och den hälsofrämjande kunskapsbasen. Den innersta kärnan omges av kärnkompetenserna att möjliggöra förändring, att förespråka hälsa och medla eller samarbeta för hälsa. I det följande skiktet finns kärnkompetenserna kommunikation och ledarskap, som spelar en stor roll i det hälsofrämjande sammanhanget. I det yttersta skiktet finns den görande nivån, om man så vill kalla den. Kärnkompetenserna bedömning, planering, förverkligande samt utvärdering och forskning finns placerade här. Med hjälp av de inre kärnkompetenserna kommer man fram till de yttre, där verksamheten, eller planeringen av den sker.

Den teoretiska referensramen är således en fin balansgång mellan ledarskap och hälsofrämjande och en sammanstrålning av dessa två. Den skapas av en förståelse för de ledaregenskaper som har en positiv inverkan på personalen och hur den arbetar samt djupet i innebörden av hälsofrämjande, som är ett mångfacetterat begrepp och handlingsmönster.



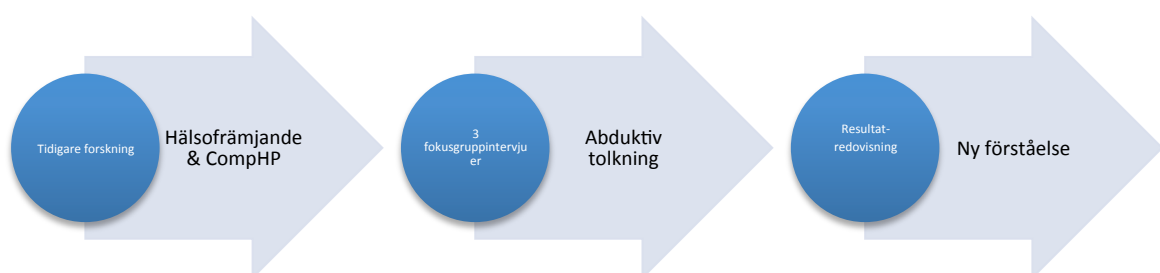
## 4 SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH BESKRIVNING

Avsikten med denna undersökning är att kartlägga vilka förväntningar vårdpersonal har på ledarskapet i framtiden, så att deras arbetshälsa främjas. Man har velat utgå ifrån personalens synvinkel vid försöket att ta reda på och tolka de möjligheter som finns i framtidens ledarskap, med fokus just på personalens arbetshälsa. I det här arbetet kommer ämnet att belysas och förslag ges till hur man med hjälp av ledarskapet kan påverka fenomenet. Syftet för detta utvecklingsarbete är att ta reda på hur man med hjälp av ledarskapet kan stöda personalen att må bra i sitt arbete., dvs. hurdant ledarskap förväntas för att man ska ha arbetshälsa? Med den teoretiska referensramen och syftet för den här studien i tankarna väcks frågeställningarna fram.

För det första, 1) hur skall dagens moderna arbetstagare ledas så att deras arbetshälsa främjas?

För det andra, 2) vilka är de möjligheter som ledarskapet har för att påverka arbetshälsan?

Genom fokusgruppintervjuerna och tolkningen av dem ämnar jag få svar på ovan nämnda frågor och redogör för resultatet senare i studien.



Figur 2. Beskrivning av studiens genomförande.

## 5 METOD

”Om man vill veta hur människor uppfattar sin värld och sitt liv, varför inte fråga dem?”

Steinar Kvale 2009 s. 15

### 5.1 Den kvalitativa forskningsintervjun

Den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen från undersökningsspersonernas synvinkel, utveckla mening ur deras erfarenheter, avslöja deras levda värld som den var före de vetenskapliga förklaringarna. Att intervjua i forskningssyfte innebär att man odlar samtalsfärdigheter som de flesta vuxna människor redan äger i kraft av sin förmåga att ställa frågor. Forskningsintervjun bygger på vardagslivets samtal och är ett professionellt samtal; den är en intervju där kunskap konstrueras i interaktionen mellan intervjuaren och den intervjuade. En intervju är ett utbyte av åsikter mellan två personer som samtalar om ett tema av ömsesidigt intresse. (Kvale&Brinkmann 2009 s. 17, 18)

Kvale delar in intervjuundersökningen i sju stadier. Trots att jag inte kommer att genomföra traditionella intervjuer, kan man mycket väl tillämpa Kvales indelning också då man planerar en fokusgruppintervju. Härnäst ska jag kort sammanfatta de sju stadierna enligt Kvale.

1. **Tematisering** handlar om att formulera undersökningens syfte och föreställningen om ämnet för undersökningen innan intervjun börjar. Undersökningens *varför* och *vad* bör klargöras innan frågan om *hur* –metoden- ställs.
2. Uppläggningsen av undersökningen ska **planeras** med hänsyn till alla sju stadierna innan intervjuerna påbörjas. Planeringen görs utifrån vilken kunskap som eftersträvas och med betraktande av moraliska konsekvenser för undersökningen.
3. **Intervjuerna** genomförs enligt en intervjuguide och med ett reflekterande förhållningssätt till den eftersökta kunskapen och till den interpersonella relationen i intervju-situationen.
4. Beträffande **utskrift** ska intervjumaterialet förberedas för analys, vilket vanligen innebär en överföring från talspråk till skriftspråk.

5. Beträffande **analysen** ska man utifrån undersökningens syfte och ämne samt på grundval av intervjumaterialets karaktär avgöra vilka analysmetoder som är lämpliga för intervjuerna.

6. Intervjuresultatens validitet, reliabilitet och generaliserbarhet ska fastställas. Med andra ord handlar det om verifiering. Reliabilitet hänför sig till resultatens konsistens, och validitet till om en intervjustudie undersöker vad den var avsedd att undersöka.

7. Resultatet av undersökningen och de använda metoderna ska rapporteras i en form som motsvarar vetenskapliga kriterier, som beaktar de etiska aspekterna av undersökningen och leder till en läsbar produkt. (Kvale&Brinkmann 2009 s. 118)

Intervjuforskning genomsyras av etiska frågor. Den kunskap som produceras av sådan forskning är beroende av den sociala relationen mellan intervjuare och intervjuperson, som bygger på intervjuarens förmåga att skapa en miljö där intervjupersonen känner sig fri och säker nog för att prata om privata händelser som kommer att registreras för senare offentligt bruk. Detta kräver en fin balansgång mellan intervjuarens intresse av att komma åt värdefull kunskap och etisk respekt för intervjupersonens integritet. (Kvale&Brinkmann 2009 s. 32)

I Kvale&Brinkmann (2009 s. 79) säger Birch 2002 att etiska problem i intervjuforskning uppstår framför allt på grund av svårigheten att ”forska om privata liv och presentera redogörelserna på den offentliga arenan”. Kvale resonerar att man bör överväga syftet med en intervjuundersökning inte bara med hänsyn till det vetenskapliga värdet av den eftersträlvade kunskapen, utan också efter i vilken mån den förbättrar den undersökta mänskliga situationen. Vid planeringen är det etiska problemet att erhålla undersökningspersonernas informerade samtycke till att delta i studien, att säkra konfidentialitet och överväga de konsekvenser som kan följa av studien för de undersökta personernas del. I intervjusituationen måste man enligt Kvale överväga vilka de personliga konsekvenserna blir för undersökningspersonerna, t.ex. stress under intervjusituationen och förändringar i självuppfattning. Utskriften måste vara lojal mot de muntliga uttalandena i intervjusituationen. Vid analysen gäller de etiska problemen frågan om hur djupt intervjuerna kan analyseras, och om intervjupersonerna ska ha inflytande över hur deras uttalanden tolkas. Det är också forskarens etiska skyldighet att redovisa kunskap som är säkrad och verifierad så långt det är möjligt. Det handlar om till exempel hur pass kri-

tiska frågor man kan ställa, menar Kvale. När forskaren ska rapportera offentligt om privata intervjuer aktualiseras frågan om konfidentialitet igen. Likaså blir det aktuellt att fundera över vilka konsekvenser den publicerade rapporten kan få både för intervjupersonerna och för den grupp som de tillhör.

## **5.2 Fokusgruppintervju som metod**

Jag har valt att använda mig av fokusgruppintervjuer som metod för att få svar på forskningsfrågorna. Härnäst sammanfattas vad som avses med fokusgruppintervju, hur den tillämpas och varför den väljs som metod i motsats till individuell eller vanlig gruppintervju. Skribenten fick tag på grupperna via en kontaktperson till ELLI-projektet. Hon kontaktade ansvarspersoner vid några hälsostationer i Esbo och sedan kunde skribenten kontakta dessa personer själv. Ansvarspersonerna informerade personalen om fokusgruppintervjuerna och de flesta var intresserade av att delta. Skribenten ville begränsa gruppstorleken till högst sex deltagare per grupp, men i den första gruppen var deltagarantalet sju. Intervjuerna ägde rum på ett tillfälle som var reserverat för avdelningsmöte, så ingen behövde komma på egen tid eller arbeta övertid för att kunna delta.

Fokusgruppintervjun har som metod använts under en lång tid inom t.ex. marknadsundersökningar, där den tillämpas i syfte att studera reaktioner på nya produkter och reklamkampanjer. Den ursprungliga idén med fokusgrupper var att man visste att människor med en viss erfarenhet kunde intervjuas på ett förhållandevis ostrukturerat sätt om denna erfarenhet. (Bryman 2002 s. 325)

En fokusgrupp består i allmänhet av 6-10 intervjupersoner ledda av en moderator (Chrzanowska 2002 i Kvale 2009 s. 166). Den karakteriseras av en nondirektiv intervjustil där det viktigaste är att få fram en rik samling synpunkter på det som är i fokus för gruppen. Moderatören introducerar diskussionsämnen och ser till att det blir ett meningsutbyte. Hans uppgift är att skapa en atmosfär som tillåter deltagarna att ge uttryck åt personliga åsikter i ämnet. Målet för fokusgruppen är inte att nå samförstånd om de frågor som diskuteras eller finna lösningar på dem, utan att föra fram olika uppfattningar i en fråga.

Fokusgruppintervjuer lämpar sig enligt Kvale&Brinkmann (2009 s. 166) väl för explorativa studier på ett nytt område, eftersom den livliga kollektiva interaktionen kan föra fram mer spontana expressiva och emotionella uppfattningar än den individuella, ofta mer kognitiva intervjun. När det gäller känsliga tabubelagda ämnen kan gruppinteraktionen göra det lättare att uttrycka synpunkter som annars är svåra att uppge. Gruppinteraktionen minskar dock moderatorns kontroll av intervjuens förlopp, och ett pris att betala för den livliga interaktionen kan bli intervju skrifter som är något kaotiska.

Enligt Hirsjärvi&Hurme (2000 s. 62) består fokusgruppen ofta av noggrant utvalda personer, som ofta är experter på sitt område eller personer, vars åsikter och attityder påverkar det ifrågavarande fenomenet, och de kan dessutom få till stånd en förändring. Fokusgruppen har enligt Hirsjärvi&Hurme ett tydligt definierat mål, och målet är klart för alla gruppmedlemmar. Man rekommenderar, att moderatören för fokusgruppen inte kommer från samma organisation. Moderatören försöker få igång och upprätthålla en fri diskussion och försöker få även de tystare medlemmarna att bidra till diskussionen. Moderatören ska ändå inte bland sig i diskussionens förlopp. Man strävar till att grupp-sessionerna blir trevliga och avslappnade situationer som räcker 45-60 minuter.

Gruppintervjun har en del fördelar mot den individuella intervjun. Först och främst får man snabbt svar av flera personer samtidigt. Gruppdynamiken påverkas av och makthierarkin påverkar vem som talar i gruppen och det som sägs. Ett problem uppstår då en eller två personer dominerar i gruppen. Intervjuaren kan vid sådana tillfällen be efter kommentarer av andra deltagare. Det största problemet med gruppintervjun anses ändå vara att skriva ut intervjun och analysera den. (Hirsjärvi&Hurme 2000 s. 63)

Det finns enligt Bryman (2002 s. 324) i huvudsak tre skäl för att skilja mellan fokusgruppintervju och gruppintervju. För det första brukar fokusgrupp ha betoningen på ett visst tema eller ämnesområde som man fördjupar sig i, medan gruppintervjuer ofta täcker många olika frågeställningar. Ibland väljer man gruppintervjuer för att spara tid och pengar, men detta brukar inte vara fokusgruppers syfte. Den som arbetar med fokusgrupper är alltid intresserad av hur individer i egenskap av gruppmedlemmar diskuterar en viss fråga. De flesta som använder sig av fokusgrupper arbetar inom ramen för kvalitativ forskning. Det betyder att de uttalat är inriktade på att få fram hur deltagarna uppfattar den frågeställning man presenterar för dem, och därför utformar forskaren en

förhållandevis ostrukturerad situation för att deltagarnas åsikter och synsätt ska kunna komma till uttryck. Den som leder fokusgruppen kallas ofta moderator; han eller hon ska sköta intervjun men utan att vara alltför styrande, menar Bryman (2002 s. 324, 325).

Fokusgruppintervjun som metod gör det möjligt för forskaren att skapa en förståelse av *varför* människor tycker som de gör. I en vanlig intervju får intervjupersonen ofta frågor om vilka orsakerna är till att han eller hon har en viss åsikt, men fokusgruppen rymmer en möjlighet för deltagarna att utforska varandras skäl till att vara av en viss åsikt, påpekar Bryman (2002). I fokusgrupper kan deltagarna lyfta fram den frågeställning som de anser vara viktig på ett visst område. Detta är förstås även ett mål för individuella intervjuer, men eftersom fokusgruppledaren måste lämna en viss del av kontrollen till deltagarna, kan de frågor som är betydelsefulla för dem komma till ytan. I en fokusgrupp argumenterar individerna ofta med varandra och ifrågasätter varandras åsikter. Denna argumentation innebär att forskaren har möjlighet att få mer realistiska beskrivningar av vad människor tycker och tänker, eftersom de tvingas reflektera över och kanske även ändra sina uppfattningar. Fokusgrupper ger forskare möjlighet att studera hur individer tillsammans skapar mening i en företeelse. Meningsskapandet sker i samspel och i diskussioner med andra. (Bryman 2002 s. 326, 327)

Intervjuguiden utarbetades utgående från studiens syfte och frågeställningar. Frågorna i intervjuguiden är indelade i fem kategorier enligt Krueger&Casey (2000). Alla frågor är inte jämlika och varje typ av frågor har ett distinkt syfte. Vissa frågor finns till endast för att hjälpa människor att förbereda sig för att svara på en viktigare fråga. Moderatoren kan gå igenom en del frågor snabbare och ge mera tid åt andra. Frågans viktighetsgrad påverkar den tid som används såväl på frågan som på analysen av den. De fem frågekategorierna kallas öppnande, introducerande, övergångs-, nyckel- och avslutande frågor. Syftet med öppnande frågor är att få människor att prata och att känna sig bekväma i situationen. Alla deltagare ombeds att svara på de öppnande frågorna. Den öppnande frågor planeras så att den är enkel att besvara. Introducerande frågor introducerar ämnet åt deltagarna och får människor att börja tänka på sin förbindelse till ämnet. Dessa frågor uppmanar till diskussion bland deltagarna. Typiskt tillåter de här frågorna deltagarna att berätta om sin syn på ämnet ifråga. Övergångsfrågor förflyttar diskussionen mot nyckelfrågorna som driver studien. De fungerar som en logisk länk mellan de introducerande frågorna och nyckelfrågorna. Nyckelfrågorna är de som driver studien. Typiskt

finns det enligt Krueger&Casey två till fem nyckelfrågor i den här kategorin, beroende på intervjuens längd. De kräver största uppmärksamhet vid analysen och är oftast de frågor som forskare först utvecklar. Det är viktigt för moderatorn att veta vilka som är nyckelfrågor. Moderatorn behöver tillåta tillräckligt med tid för diskussion för de här frågorna. Avslutande frågor ger ett slut till diskussionen, möjliggör för deltagarna att reflektera över det som sagts och är kritiska för analysen. Den avslutande frågan är en försäkrande fråga. Dess unika syfte är att försäkra att alla fick säga det de ville och att ingen blivit missförstådd. (Krueger&Casey 2000 s. 44-46)

Fokusgruppintervjun är en bra metod för att få svar på forskningsfrågorna i den här studien. Människor med liknande utbildning och även bakgrund i arbetslivet samtalar med varandra om ett tema som berör dem alla i uppbyggande syfte, för att få förbättring till stånd.

### **5.3 Sampel och material**

Fokusgrupperna var tre till antalet och bestod sammanlagt av sjutton deltagare. Intervjuerna genomfördes mellan januari och mars 2012. Alla deltagare var kvinnor varav sju var primärskötare, fyra var hälsovårdare och sex var sjukskötare. De hade arbetat mellan sex och trettiofyra år inom vården och på sin nuvarande arbetsplats mellan nio månader och tjugo år. Man hade reserverat en timme för respektive intervju. Intervjuerna ägde rum i personalens kafferum och i ett fall i en arbetstagares arbetsrum då alla mötesrum var upptagna. Alla deltagare och moderatorn satt kring ett bord. Under intervjuerna serverades det kaffe och bulle. Vid inledningen av intervjun, innan bandspelaren sattes igång presenterade sig moderatorn för gruppen och berättade vad som skulle ske samt presenterade temat för diskussionen. Principen om frivilligt deltagande upprepades och moderatorn samlade in de undertecknade blanketterna för informerat samtycke. Moderatorn inledde diskussionen och undvek att styra den för mycket. Moderatorn gjorde anteckningar och ställde tillägsfrågor vid behov.

Efter att alla frågor var ställda i respektive fokusgrupp gick moderatorn igenom det sagda och då fanns det tillfälle för deltagarna att korrigera eller tillägga något vid behov. Till sist gavs det ännu möjlighet att ta upp till diskussion sådant som man inte behandlat men som någon ansåg att vi ännu borde diskutera. Vid två av de tre tillfällena kom det

ännu upp till diskussion något som en av deltagarna initierade och upplevde att man ännu behövde diskutera.

Efter varje fokusgruppintervju transkriberades intervjuerna ord för ord. Intervjuspråket var finska. Den första intervjun resulterade i åtta sidor text, den andra i sexton sidor och den tredje i elva sidor text, sammanlagt alltså 35 sidor text. Arbetet var ganska krävande, eftersom många människor pratade under samma inspelning. Moderatorns anteckningar var till stor hjälp under transkriberingsprocessen, då man med hjälp av nyckelord och tecknet för vem som svarade på frågan kunde para ihop rätt röst med rätt person. Den andra gruppen var mycket pratsam och deltagarna var ivriga att diskutera och pratade ibland på varandra. Vissa korta delar på bandet är därför näst intill omöjliga att tolka. Det har ändå varit möjligt för forskaren att bilda en uppfattning om vilken åsikt deltagarna har haft i en viss fråga trots att det i vissa enskilda fall varit svårt att urskilja exakt vilken deltagare som svarat. Mellan de två första och den tredje fokusgruppen gick en månad, under vilken analysen av de två första gruppernas material inleddes. Intervjuspråket var finska och citaten nedan är översatta av skribenten. De ursprungliga citaten är återgivna i bilaga 6.

## **5.4 Etiska överväganden**

Forskningsetiska delegationen, Tenk, beskriver de forskningsetiska principerna och delar de etiska principerna för forskning som räknas till humanvetenskaper i tre delområden:

1. Respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt,
2. undvikande av skador och
3. personlig integritet samt dataskydd.

Tenk understryker i enlighet med Helsingforsdeklarationen att deltagandet ska vara frivilligt och basera sig på tillräcklig information. Tenk förklarar vidare att forskningspersonen kan ge sitt informerade samtycke muntligt eller skriftligt, eller så kan beteendet i övrigt tolkas så att man uttryckt sitt samtycke till forskningen. Om forskningspersonen exempelvis går med på en begäran om intervju eller en Gallup har han gett sitt samtycke till forskningen. Tenk specificerar ännu, att forskningspersonen har rätt att när som helst



avbryta sin medverkan i undersökningen, men det betyder inte att de uppgifter han/hon lämnat fram till dess, till exempel en intervju, inte längre kan utnyttjas. (Tenk 2009 s. 5)

Före fokusgruppintervjuerna inleddes anhölls om forskningstillstånd från Arcadas Etiska råds arbetsutskott, Etix. Likaså anhöll man om forskningstillstånd från Esbo stads social- och hälsovårdsväsende. I anhållan bifogades forskningsplanen samt följbrevet och blanketten för informerat samtycke.

Den information som ges åt personer om undersökningen borde enligt Tenk (2009 s. 7) innehålla åtminstone forskarens kontaktuppgifter, forskningstemat och det konkreta genomförandet av materialinsamlingen och den beräknade tidsåtgången, hur det insamlade materialet ska användas, sparas och utnyttjas i fortsättningen och att deltagandet är frivilligt. Forskningspersonen kan också begära tilläggsinformation om forskningen och forskaren kan på förhand förbereda sig på att lämna sådan information. Oberoende av sättet att samla in material måste forskningspersonens frågor berörande tilläggsinformation besvaras sanningsenligt.

I den här studien skickades ett följbrev till intervjupersonerna. I brevet framgick studiens syfte och ämnet som kommer att diskuteras i fokusgruppen samt tidtabellen för gruppen. Vidare berättades det kort om materialinsamlingen och hur den kommer att bearbetas samt att den kommer att spelas in. Detta diskuterades även i grupperna. Skribentens och handledarens kontaktuppgifter fanns i brevet, likaså en bilaga för informerat samtycke, där man mer detaljerat beskrivit vad det innebär att delta i fokusgruppen och som man önskar att deltagarna bekantar sig med före intervjusituationen.

Tenk påminner att för att undvika psykiska olägenheter bör forskningspersoner bemötas med respekt och forskningspublikationerna bör skrivas på ett sätt som tar hänsyn till dessa personer. Forskaren bör se till att frivillighetsprincipen tillgodoses även i forskning som inbegriper växelverkan. Om forskningspersonen är generad, besvrad, uttrycker rädsla eller är fysiskt trött kan det vara en tillräcklig orsak för forskaren att inte fortsätta med undersökningen, även när forskningspersonen inte med ord direkt uttrycker sin vägran, menar Tenk (2009 s. 9).

Beträffande personers integritet och dataskydd säger Tenk att integritetsskyddet hör till de rättigheter som är garanterade genom Finlands grundlag och är också en viktig

forskningsetisk princip. Dataskyddet är den viktigaste delen av integritetsskyddet med tanke på forskningsmaterialets insamling och användning samt publicering av resultaten. Tenk delar in de forskningsetiska principerna för integritetsskyddet i tre delar; hur forskningsmaterialet ska skyddas och hållas konfidentiellt, huruvida materialet ska sparas eller förstöras och forskningspublikationer. Utgångspunkten är en strävan att samordna det konfidentiella och principen om vetenskaplig öppenhet. Bestämmelser om användningen av material försett med identifikation ingår i personuppgiftslagen, poängterar Tenk.

Enligt lagens 3§ avses med personuppgifter ”alla slags anteckningar som beskriver en fysisk person eller hans egenskaper eller levnadsförhållanden som kan hänföras till honom själv eller till hans familj eller någon som lever i gemensamt hushåll med honom”. Enligt huvudprincipen i lagen är användningen av personuppgifter tillåten med den undersökta personens samtycke. Grundprincipen när det gäller insamling och förvaring av identifierbara uppgifter är att de är nödvändiga för forskningen. De ska alltså inte samlas in och sparas i onödan. När forskningsmaterial kan analyseras på ett rationellt sätt utan identifikationer och det inte finns forskningsmässiga orsaker för att spara identifierbara uppgifter, bereds en version av materialet som enbart innehåller oidentifierbara uppgifter för forskningsbehov. Denna version sparas för fortsatt forskning, fastställer Tenk (2009 s. 9).

I den här studien är skribenten den enda som har tillgång till allt material som uppstår från fokusgruppintervjuerna. Man förvarar det skriftliga materialet i ett låst skåp till vilket endast skribenten har tillträde. Under intervjusituationerna antecknade man ingen identifierbar information och skiljde åt intervjupersonerna genom att ge dem alla en egen bokstav (A, B, C, D osv.). Efter transkriberingen kommer man att förstöra allt pappersmaterial som inte längre behövs. Då analysen är färdig förstör man även det inspelade materialet. De transkriberade intervjuerna sparas för en liten tid framöver för eventuella framtida behov.

Skyddet av material som innehåller identifierbara uppgifter bör planeras omsorgsfullt. Forskningspersoners integritetsskydd får inte äventyras genom att materialet sparas vårdslöst eller genom oskyddade elektroniska överföringar. Datasäkerhetslösningar rörande material som innehåller identifierbara uppgifter innefattar beslut om var pappers-

materialet sparas, i vilket skede onödiga uppgifter förstörs eller hur de sparas och arkiveras för fortsatt forskning. När det inte finns någon forskningsmässig orsak att spara personuppgifter, ska pappersmaterial med identifierbara uppgifter förstöras och motsvarande material i elektronisk form raderas, ändras eller förenklas. Forskningsmaterial får inte användas och utlämnas i annat syfte än för forskningsändamål. (Tenk 2009 s. 10)

Beträffande utskriften av forskningsmaterialet och hela forskningen omfattar skribenten alla resultat, vare sig de gläder henne eller inte. Materialet analyseras enligt bästa förmåga och tolkningen görs så objektivt som möjligt. Materialet skrivs ut så att man inte kan identifiera enskilda personer från resultatet, utan att ändå ändra på innehållet.

## **5.5 Abduktiv innehållsanalys**

Analysen av materialet görs med en abduktiv innehållsanalys genom att analysera fokusgruppintervjuerna och relatera de aspekter som stigit fram från intervjuerna som mest relevanta till den teoretiska referensramen. Abduktion som analysmetod har drag av både induktion och deduktion, men det är viktigt att observera att abduktion inte är en enkel blandning av dessa, utan den tillför nya och helt egna moment, påpekar Alvesson och Sköldberg (2008 s. 55). Under processens gång utvecklas dels det empiriska tillämpningsområdet, dels justeras och förfinas även teorin, dvs. det föreslagna övergripande mönstret. Induktion utgår alltså från empiri och deduktion från teori. Abduktion utgår från empiriska fakta, men avvisar inte tidigare teoretiska uppfattningar. Analysen av empirin, i det här fallet fokusgruppintervjuer, kan kombineras med studier av tidigare teori i litteraturen som inspirationskälla för upptäckta mönster som ger förståelse, som Alvesson och Sköldberg uttrycker det. Under forskningsprocessen sker alltså en växling mellan teori och empiri varvid båda omtolkas i skenet av varandra. (Alvesson&Sköldberg 2008 s. 55, 56)

Enligt Tuomi och Sarajarvi (2008) är abduktiv slutledning möjlig när observationerna har ett samband med någon ledande tanke eller ledtråd. Slutligen handlar innehållsanalys om logiken att upptäcka. Till det finns inga regler eller någon metod som man kan lära sig och som skulle föra med sig visdom. Den som genomför studien måste själv producera visdomen i analysen. För att uppnå detta behöver man inte bara följa sin metod, utan också ha den intellektuella förmågan att vara öppen och känslig för visdomen,

ha en skärpt observationsförmåga samt god tur, menar Tuomi och Sarajärvi (2008 s. 100).

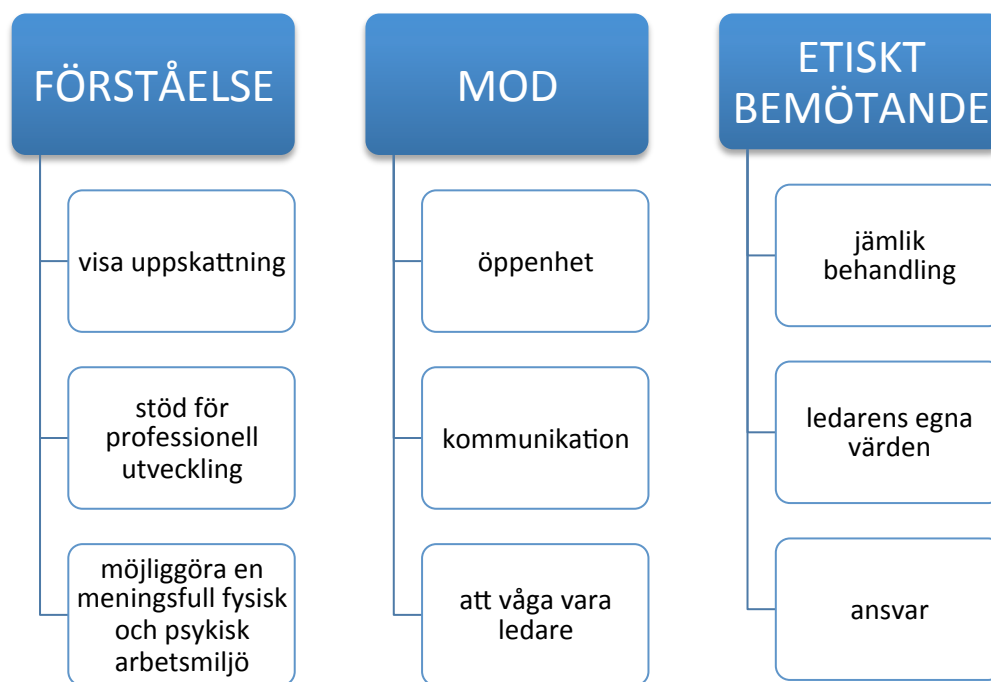
## **6 RESULTAT**

Resultaten av studien presenteras härnäst både i löpande text som i figurer samt i bilaga 6. Resultatet har analyserats abduktivt genom att dels analysera innehållet då man bildat underkategorier och överkategorier och dels genom att spegla den empiriska delen mot den teoretiska referensramen, som i detta fall utgörs av ledarskap, hälsofrämjande och CompHP-modellen. Det visade sig under analysens gång att mycket av fokusgruppintervjuerna resultat kunde återspeglas i CompHP-modellen och skribenten fick en djupare förståelse för modellen genom den empiriska studien, vilket ju är kärnan i det abduktiva tillvägagångssättet. På samma sätt fick resultaten från fokusgruppintervjuerna en djupare mening, eftersom man kunde se den teoretiska kopplingen.

Resultaten har analyserats skilt för de två forskningsfrågorna, som löd: ”Hur ska dagens moderna arbetstagare ledas så att deras arbetshälsa främjas?” och ”Vilka möjligheter har ledarskapet att påverka arbetshälsan?”

### **6.1 Villkor för gott och hälsofrämjande ledarskap**

Utgående från forskningsfrågorna har jag delat in resultatet från fokusgruppintervjuerna i nio underkategorier som ännu förädlats till tre överkategorier. Kategorierna har vuxit fram efter en abduktiv innehållsanalys av resultaten från fokusgrupperna i samspel med den teoretiska referensramen. Empirin har speglats mot teorin och de båda samverkar med varandra. De presenteras härnäst både i text och i figurer. Underkategorierna är att visa uppskattning, stöd för professionell tillväxt, att möjliggöra en meningsfull psykisk och fysisk arbetsmiljö, öppenhet, kommunikation, att våga vara ledare, jämlik behandling, ledarens egna värden och ansvar. Överkategorierna för dessa är förståelse, mod och etiskt bemötande, vilket åskådliggörs bättre i figuren nedan. Resultatet presenteras härnäst varje underkategori skilt för sig med citat som förtydligar hur kategorierna kommit till.



Figur 3. Villkor för hälsofrämjande ledarskap

### 6.1.1 Visa uppskattning

Denna underkategori, som hör under överkategorin förståelse bestod av begreppen stöd, finkänslighet, uppskattning, visa intresse, ge uppmärksamhet, förmåner samt att se människan. Den här kategorins innehåll diskuterades ingående i alla grupper och de olika temata upplevdes som mycket relevanta för den upplevda arbetshälsan. Man upplevde starkt att förmännens stöd var viktigt, likaså att chefen visar uppskattning. Till gott och hälsofrämjande ledarskap hör enligt informanterna också det att man visar intresse för personalen och deras arbete, att man ger av sin tid till dem och att man ser människan bakom arbetsuppgiften med alla dess individuella egenskaper och förmågor.

Så här inledde en informant:

*”Jag tänker att man uppskattar sakkunskap. Både chefen och arbetstagaren har sakkunskap och den uppskattas och stöds.”*

En annan informant fortsatte på samma tema:

*”En bra ledare uppskattar inte bara genomförandet utan ser också personen, då vi alla ändå är olika. Och chefen ska vara genuint intresserad av människan som en person.”*

Så här såg en informant på saken: *"Helt bara att ge uppmärksamhet, att fråga ibland hur arbetet går. Ett intresse för arbetet, att hur man orkar i arbetet."*

I grupperna ansåg man att ett bra sätt att visa uppskattning är att bevilja förmåner för personalen och för den närmaste förmannen innebär det närmast att förespråka vikten av förmåner till den högre ledningen. Man ansåg att olika förmåner bidrar till att man väljer att stanna på sin nuvarande arbetsplats och är också en konkurrensfaktor i rekryteringssammanhang då man konkurrerar om den bästa arbetskraften.

På följande sätt talade man:

*"Jo, och bra förmåner att kan kommer billigt till gymmet... med sådana saker får man folk att stanna. Många byter jobb enligt var det finns bättre förmåner."*

### **6.1.2 Stöd för professionell tillväxt**

Till denna underkategori hör begreppen beaktande av individuella förmågor, se behoven hos personalen, möjlighet till utbildning, planeringsförmåga samt uppmuntran. I grupperna talade man rätt mycket om vikten av att se individen och dess förmågor och behov och att det upprätthåller och förbättrar arbetsmotivationen då man får utveckla sig själv professionellt. Det är en del av gott ledarskap att chefen ser de olika behoven hos personalen.

*"På något sätt att uppmärksamma individualiteten, att man kunde styra människor till sådana arbetsuppgifter som motsvarar deras individuella förmågor."*

Informanterna talade också om vikten av att få delta i utbildning och fortbildning och ansåg att det var en form av gott ledarskap att kunna se detta behov hos personalen. Så här sa man:

*"Att förmannen skulle se behoven hos personalen, på riktigt. Och skulle kunna ge lämpliga arbetsuppgifter åt alla, i lämplig grad så att det skulle motivera..."*

*"Att möjliggöra utbildning. Och om man nu tänker på arbetsvälmående och hälsa, så helt sådana här informationstillfällen, möten, föreläsningar åt personalen. Att det alltid skulle komma något nytt som skulle ge information och iver."*

*”Och det vill man från sin förman, att de individuella förmågorna beaktas. Alla är inte lika bra på allt. Att mera rikta uppmärksamhet och kunnande mot de saker som arbetstagaren är intresserad av och är duktig på.”*

### **6.1.3 Möjliggöra en meningsfull fysisk och psykisk arbetsmiljö**

Denna underkategori består av begreppen flexibilitet, delaktighet, kreativitet, närvaro, en bra människokännare, belöning, arbetsergonomi, rimlig arbetsmängd samt tillräcklig personalmängd. En betydande del av det goda och hälsofrämjande ledarskapet har att göra med att möjliggöra olika saker för personalen så att arbetet ska löpa och att det ska kännas meningsfullt och givande. Även i den här underkategorin hör en mängd olika egenskaper som man anser att kännetecknar gott ledarskap. Flexibilitet på olika plan visade sig vara en egenskap hos en chef som uppskattas högt. Man vill kunna påverka sina arbetstider, kunna komma tidigare på morgonen och sluta tidigare på dagen, kunna arbeta med många korta pauser eller en längre beroende på vad som passar en själv bäst. Man önskade också flexibilitet beträffande arbetsuppgifter, det vill säga att alla inte alltid behöver göra samma arbetsuppgifter fastän de har samma yrkesbenämning. Vidare talade man om åldersledarskap, dvs. att beakta de äldre arbetstagares eventuellt nedsatta förmåga att återhämta sig efter ett tungt arbetsskift samt att de äldre arbetstagarna ofta har tunga åtaganden även utanför arbetet exempelvis med åldrande föräldrar, vars angelägenheter de sköter om. Visserligen konstaterade man att även de yngre arbetstagarna har det utmanande då de ofta har små barn, vilket också belastar personen i fråga. I vilket fall som helst handlar det om att kunna vara flexibel som chef och se de olika behoven som finns. Man vill som arbetstagare vidare kunna göra sådant som man är intresserad av eller duktig på och önskar att förmannen klarar av att se detta.

Så här diskuterade man i grupperna: *”I framtiden måste man säkert mer beakta människors olika behov att arbeta. Alla vill inte arbeta enligt en viss arbetstid, att om man kunde vara mer flexibel beträffande arbetstider då människors livssituationer ändrar och man orkar kanske inte på samma sätt.”*

*”Då man bemöts med flexibilitet, så handlar det ju också om växelverkan. Arbetsglädjen upprätthålls då man uppmärksammas i de här frågorna.”*

*”Man skulle ju önska individuell flexibilitet beträffande livssituationen, familjesituationen eller studier, vad man nu har på gång i livet. Så att det skulle vara möjligt att med hjälp av arbetstidsarrangemang till exempel.”*

*”Det att chefen tar i betraktande det att man har ett liv utanför arbetet och att flexibilitet i arbetstider vore möjligt. Att om man mår bra i det övriga livet så orkar man bättre också på jobbet.”*

Informanterna diskuterade om vikten av att chefen är närvarande och har möjlighet att se och uppleva det som sker på arbetsplatsen.

Om vikten av närvaro och delaktighet sa man så här:

*”Med gott ledarskap får man även de besvärliga arbetsuppgifterna att rulla.”*

*”En bra förman stöder i det vardagliga arbetet och är närvarande.”*

*”Förmannen borde vara nära för att se det som händer här.”*

Till den här underkategorin hör även begreppet kreativitet, som kännetecknas av att chefen kan förnya sig och sina arbetsmetoder och finner nya lösningar:

*”Och sån där kreativitet saknar man, liksom att chefen inte kan tänka enkelspårigt så att han bara ser en lösning, utan att till många saker och problem finns det många rätta svar. Man måste vara öppen, och också våga ta risker, att nån gång kan man välja fel men att...”*

I slutet av varje gruppintervju gavs det möjlighet för informanterna att tala om övriga aspekter som var utmärkande för ett gott ledarskap. I det sammanhanget talade man om vikten av att fästa uppmärksamhet vid arbetsergonomin.

Så här förklarade en informant: *”Arbetsergonomi. Jag kommer från en annan bransch och är inte vad vid usla stolar som inte passar någons rygg och som man inte kan byta ut. Och vi är ju fyra stycken som roterar här från en arbetsstation till en annan, så man vet aldrig hur det blir. Och man blir ju inte yngre, utan äldre och belastningen på ryggen är stor.”*



En annan informant belyste ämnet så här: *"I framtiden ska de anställda vara i arbetslivet allt längre och pensionärer kommer på jobb så att man ska klara sig på de små pensionerna, så ergonomin är säkert en viktig sak att beakta."*

Vårdarbetet är som känt ett krävande yrke med sinande resurser, vilket gör att personalen allt oftare känner sig trötta och inte uppskattade. I fokusgrupperna talade man om att belöning, både immateriell och materiell, är ett bra sätt för förmannen att visa uppskattning och att få arbetet att kännas mer meningsfullt. Den immateriella belöningen har behandlats under rubriken respons i ett tidigare skede och kommer inte att kommenteras här. Likaså ansåg man att chefen ansvarar för att personalmängden är tillräcklig och att arbetsbördan är hanterlig.

Här följer utdrag ur de diskussionerna:

*"Det handlar om en rimlig arbetsmängd i relation till lönen!"*

*"Ett välgjort arbete kunde belönas!"*

*"Lönen är viktig. Man stöder sig alltid på kollektivavtalen, men ingenting hindrar ju att betala mer!"*

*"Jag anser att en bra ledare är ansvarig för arbetets dimensionering och att det är rätt dimensionerat i förhållande till personalmängden. --- Att man skulle våga fatta beslut för de här sakerna, att vi förverkligar ens något av rekommendationerna."*

Av de här underkategorierna bildas överkategorin förståelse som på något sätt sammanfattar och beskriver det som underkategorierna innerst inne handlar om. Utan förståelse för alla de beskrivna egenskaperna som behövs för ett gott och hälsofrämjande ledarskap kan man inte enligt resultatet förverkliga ett sådant ledarskap. Om man har förståelse för vikten av alla de nämnda egenskaperna är hälsofrämjande ledarskap möjligt.

#### **6.1.4 Öppenhet**

Den här underkategorin består av begreppen att motivera beslut, transparens och informering. Man diskuterade mycket om vikten av att beslut som fattas diskuteras öppet, att chefen själv har en öppen inställning och att chefen också öppet kan diskutera sin egen position i organisationen. Ifall chefen öppet motiverar varför vissa beslut fattas upplever

personalen att de lättare kan ta till sig besluten. I grupperna talades det så här om öppenhet:

*”Och sen det förstås att, överlag beträffande ledningen, så ska beslutsfattandet vara öppet, genomsnittligt. Och så att besluten kommer till vår vetskap i tid och så. Då är de lättare att acceptera och att anpassa sig. Bra informering och öppenhet. --- Och i vissa större beslut kunde man kanske mera beakta personalen som ska arbeta med besluten sen.”*

*”Chefen ska göra det klart för sina anställda vilken hans eller hennes roll är. Att vilka önskemål och krav som finns från organisationens sida.”*

*”Allt är liksom tydligt. Man vet vad som ska hända och i vilket skede.”*

*”Om chefen motiverar varför man gör på ett visst sätt, så...”*

*”Hur den där lokala förmannen informerar och hämtar de här sakerna till vår vardag är viktigt.”*

#### **6.1.5 Kommunikation**

Underkategorin kommunikation innehåller begreppen utvecklingssamtal, kan ge och ta emot respons, växelverkan, kan lyssna, är verbalt begåvad, balansbräda mellan personal och ledning samt tydlighet. I grupperna diskuterade man mycket kring kommunikation fast man inte benämnde det kommunikation. I stället talade man kring ovanstående begrepp och resonerade på olika sätt. Man ansåg att utvecklingssamtal var ett bra sätt att diskutera sin situation med chefen, men man önskade att diskussionen skulle leda någon vart också:

*”Och sen utvecklingssamtal och utnyttjandet av dem på riktigt, att det inte bara är chefens sätt att uppnå sina egna mål.”*

Grupperna ansåg att respons, både positiv och negativ, var viktigt att få. Det hände också ihop med begreppet mod, att våga ge även dålig respons ifall det fanns skäl till det. Övervägande mer efterlyste man dock positiv feedback på arbetet och menade att det sporrar och motiverar till ännu bättre resultat. En bra ledare skall också kunna ta emot respons själv, ansåg man.

Så här uttryckte en informant det:

*"Jo, respons är viktigt. Det är ju mera sånt att man har gjort statistiken fel eller... Responsen kommer oftast från den du jobbar med. Att hemskt sällan får man respons från chefen. Men nog borde cheferna säga också annat än bara att man satt kommatecknet på fel plats... och chefen ska själv också kunna ta emot kritik."*

En annan informant beskrev samma sak på följande sätt: *"Att om vi har lyckats så skulle man få höra om det också. Att det är säkert ganska vanligt att då det går bra så går det bara och om man nån gång behöver anmärka om nånting så kommer responsen lättare."*

I grupperna diskuterades också kring vikten av växelverkan och att en bra ledare har förmågan att lyssna, och att en bra förman också kan uttrycka sig verbalt på ett tydligt sätt så att ingenting förblir oklart på grund av otydlig kommunikation. En informant beskrev det så här: *"Det allra väsentligaste, om man talar om alldeles grundläggande saker, är kunskaper i växelverkan."*

En annan informant uttryckte det såhär: *"En bra chef lyssnar, också annars än på utvecklingssamtal."*

En informant talade om hur en bra chef kan fungera som språkrör mellan personalen och den högre ledningen och förmedla information mellan de två parterna så att de kan förstå varandra på bästa möjliga sätt: *"En förman är liksom... en balansbräda så att det fungerar på arbetstagarsidan men också på ledningens sida. --- Men att hitta den där balansen att de två sidorna möts och kan kommunicera och hitta lösningar som passar båda."*

Informanterna ansåg att gott ledarskap innebär att man är tydlig både i sin kommunikation, men också i det att arbetsprocessen är tydlig och klar för alla. Ämnet beskrevs så här tydligt av en informant: *"Jag tycker att det vore bra om förmannen på ett mycket tydligt sätt kunde föra fram sin egen roll som förman. Och liksom dela information om vilka aspekter som dirigerar hans verksamhet."*

En informant beskrev det på följande sätt: *"De borde säkert komma där uppfifrån tydliga mål och visioner för det vi håller på med."*

### 6.1.6 Att våga vara ledare

Underkategorin att våga vara ledare innehåller begreppen teoretisk kunskap/ledarskapsstudier, kan blicka framåt, att vara konsekvent, konflikthantering, den egna rollen tydlig, kontroll över helheten samt kan leva i stunden. Informanterna diskuterade mycket kring begreppet mod, som behandlades tidigare. Man diskuterade även livligt om andra egenskaper som man ansåg är relevanta för gott och hälsofrämjande ledarskap vad att våga vara ledare beträffar. En bra förman har kontroll över helheten, kan överblicka den, vågar fatta snabba beslut och leva i stunden, men kan också planera långsiktigt. En bra förman kan enligt informanterna hantera konflikter på arbetsplatsen och vågar ta tag i dem, tar ansvar för verksamheten och har också teoretiska kunskaper i ledarskap.

Så här talade man i en grupp: *"Man borde nog kunna se i framtiden längre än den här dagen eller nästa vecka. Och kunna förbereda sig. Att problemet inte bara faller i famnen på dig, utan att du kan förutse och leva dig in i det, inte bara ett år fram i tiden, utan kanske fem år, för det liksom förbereder dig för förändringen. Det här arbetet är helt säkert annorlunda om fem år."*

Beträffande ledarskapsstudier sa en informant så här: *"Jag tänker nog att i dagens läge ska en ledare ha ledarskapsstudier. En ledare kvalificerar sig inte med det att vem har arbetat längst. Att jag tycker nog att en bra chef har en viss teoretisk kunskap också."*

Beträffande att vikten av att vara konsekvent talade man i en grupp på följande sätt: *"Och sen å andra sidan om man fattar beslut så är det bra att hålla fast vid sina beslut konsekvent. Och fast man beslutar helt ensidigt, så har en bra ledare en viss hållfasthet. Han kan inte ledas, liksom."*

I en annan grupp resonerade man så här: *"Att förmannen handlar så som han säger, liksom det som han säger att han gör så gör han."*

Så här talade man om konflikthantering: *"Och en sådan ledare som kan tala om konflikter. Men det är också en begåvning, att kunna göra det utan att hoppa på ögonen så att man talar om det på ett trevligt sätt."*

Av dessa tre underkategorier bildas överkategorin mod, som är den övergripande. För att kunna förverkliga innehållet i underkategorierna behövs mod; man måste våga kommunicera på olika sätt, våga pröva på nya närmelsesätt eller alternativt våga lita på att det man gjort förr är rätt. Man måste våga begränsa sitt eget arbete, man måste våga ta sitt ansvar som förman och kräva vissa saker, ta itu med konflikter och ge respons, både positiv och negativ, då det finns skäl till det. I kommunikationen är förmågan att lyssna avgörande. Lika viktigt är det att vara tydlig och klar i det man vill förmedla.

### 6.1.7 Jämlik behandling

Vad den första forskningsfrågan beträffar nämnde man i alla grupper snabbt jämlikhet och rättvisa som begrepp som man starkt kopplade med gott ledarskap. Underkategorin jämlikhet består av begreppen respekt, tillit, rättvisa, saklighet och mod. Informanterna inledde snabbt diskussionen med att tala om vikten av rättvis och jämlik behandling. En informant beskrev det såhär:

*"Jämlik och lyssnar. Jag tycker att A och O är att chefen inte har så kallade... favoriter. Alla behandlas likvärdigt och... alla är på samma linje. Det är en stor utgångspunkt."*

En informant beskrev vikten av rättvisa och jämlikhet såhär: *"Ytterst viktigt är det att chefen är villkorslöst jämlik och rättvis i allt den gör."*

En annan informant beskrev hur hon såg på hälsofrämjande ledarskap: *"Just en sådan som... just det här med respekt och det att man kan lita på den andra och... En chef måste ju vara pålitlig."*

I alla grupper diskuterade man mycket kring mod och hur viktigt man ansåg att mod är för en förman. En förman skulle våga försvara sina anställda inför den högre ledningen, våga stå bakom sina beslut, våga ge sig i konflikter och reda ut utmanande situationer på arbetsplatsen. En chef skulle helt enkelt våga ta sin roll som chef med allt det innebär.

En informant uttryckte sig så här:

*"Nog ska en chef ha mod att försvara sin personal. Att jo, fast chefen lyssnar, men nog ska den kunna vid en spänt läge försvara också."*

En annan informant talade om mod i ett annat sammanhang: *"En chef ska nog ha mod att fatta självständiga beslut på de områden som den har rätt till det. Men ändå lyssna på sina anställda, men att det finns mod att fatta beslutet sen."*

I en annan grupp talade en informant såhär om mod: *"Och liksom mod, lite civilkurage, jag tycker att en ledare ska kunna ta lite risker och informera de ännu större ledarna, och liksom lite kämpa för sina anställda..."*

#### **6.1.8 Ledarens egna värden**

Till denna underkategori hör begreppen arbetsmoral, värdegrund och branschkunnskap. Man diskuterade även att till gott och hälsofrämjande ledarskap i detta sammanhang hör chefens egna etiska värden och värderingar och att man har en lämplig värdegrund. Så här sa en informant:

*"En chef ska veta vad vi strävar efter och varför vi är här. Man måste uppleva det själv på något sätt, att värdegrunden passar och att chefens värderingar inte står i konflikt med den egna etiken och moralen. Annars måste man rösta med fötterna och sticka iväg."*

En annan informant var inne på samma spår: *"Värden, den här människans värden på det sättet att inte för mjuka värden, men ändå att personen skulle ha en humanistisk värdegrund."*

I alla grupper talade man om vikten av att en ledare inom vårdbranschen behöver ha en bakgrund inom värden. Man ansåg starkt att en person med bakgrund i en annan bransch inte kan ha samma förståelse för vårdpersonal och deras behov än en som arbetat med samma uppgifter. Det hör ihop också med det att man kan pejla behovet av fortbildning för respektive yrkeskategori och på individnivå.

Så här sa man i grupperna: *"Vi har en överläkare som förman och en läkares synvinkel är ändå lite annorlunda än en vårdares synvinkel. Och där har man inte samma uppfattning om vårdarens arbete."*

*"När vi nu är på vårdbranschen så borde förmannen ha kunskaper från vårdbranschen och vårdarbetet, upprätthållandet och främjandet..."*

### 6.1.9 Ansvar

Begreppen kontroll, att känna till arbetet och målmedvetenhet utgör denna underkategori. I grupperna diskuterades mycket ledarens ansvar och det att en bra ledare tar ansvar för sitt arbete och för sitt ansvarsområde, och belastar inte personalen med sådana problem som personalen inte kan göra något åt. I stället borde chefen stöda personalen i deras arbete och möjliggöra bra arbetsförhållanden åt dem samtidigt som chefen inte ska överbelasta sig själv. Om ansvar resonerade man på följande sätt:

*”Chefen ansvarar för arbetsgemenskapen som helhet, man måste ha en förmåga att ha kontroll över helheten och också mod att leda den.”*

*”Man ska inte belasta sådana människor som inte kan göra något åt saken. Att bära sitt ansvar, liksom.”*

*”En ledare ska ha kraft att ta ärendet högre upp i ledningen om man upptäcker brister, eller situationer då man borde reagera. Om inte annat så till hälsovårdsnämnden, om ingen förändring sker.”*

*”Och sen det att chefen lyssnar och tar sin an uppgifter och lämnar dem inte på hälft, utan slutför dem.”*

Informanterna talade vidare om att till gott ledarskap hör att förmannen vet vad personalen gör och ska göra på arbetsplatsen, att man känner till arbetet helt enkelt. En informant beskrev sin åsikt såhär:

*”Åtminstone det att chefen vet vad de anställda gör, och vad de borde göra. Och vet liksom hurdant arbetet är, och chefen är liksom på gräsrotsnivån i sitt ledarskap.”*

*”Chefen behöver vara ganska nära arbetsgemenskapen för att kunna se och förnimma vad där händer och kan uppmärksamma utbrändhet och kan sedan vägleda personen åt något håll...”*

En annan informant sa på följande sätt om chefens eget arbete: *”Och chefen borde inte ha för mycket arbete, så att han kan hantera sitt eget gäng, att... man kan ju inte veta så mycket om ett jättestort gäng vårdpersonal.”*

En annan informant talade om samma sak: *"En förman kan ju inte ha en jättestor personalgrupp att leda, det är ju en otrolig börda. En förman förmår inte ta itu med alla olägenheter."*

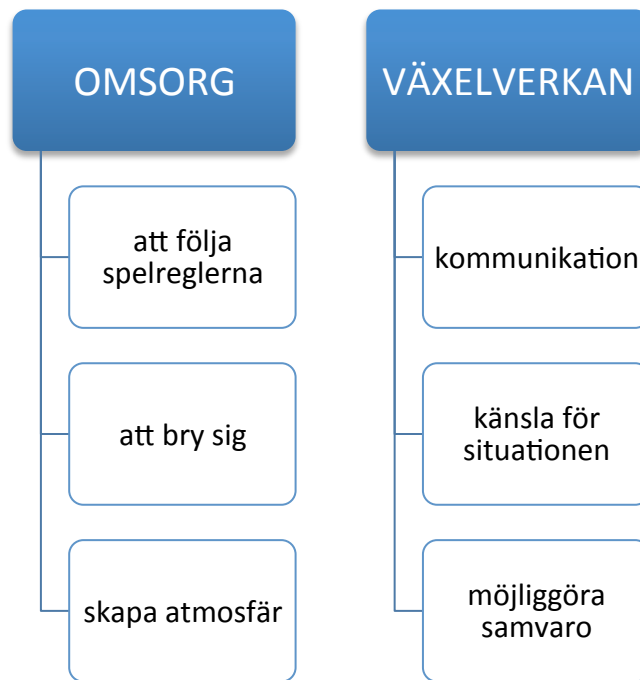
Av dessa tre underkategorier bildas överkategorin etiskt bemötande, som utgör en väsentlig del av det hälsofrämjande ledarskapet. Många informanter talade om vikten av jämlik och rättvis behandling av personalen, det att ledaren tar ansvar för sitt eget arbete och inte smiter undan eller försöker föra över sitt eget arbete på personalen. Mycket viktigt ansåg man också att chefens egen värdegrund var humanistisk och sådan som var lämplig för den egna arbetsplatsen och som man kunde relatera till och lita på. En förman behöver vara rättvis och behandla sina anställda jämlikt och sakligt. På det sättet byggs ett ömsesidigt tillit till varandra och ett förtroende byggs upp.

## **6.2 Ledarskapets påverkningsmöjligheter**

Resultatet av den andra forskningsfrågan ledde till sex underkategorier som förädlades vidare till två överkategorier, som beskriver kärnan av ledarskapets påverkningsmöjligheter för arbetstagarnas arbetshälsa. I resultatet visade det sig att det handlade om liknande innehåll som för den första forskningsfrågan, men kategorierna ser lite annorlunda ut i alla fall. Underkategorierna benämns att följa spelreglerna, att bry sig, att skapa atmosfär, växelverkan, känsla för situationen samt att möjliggöra samvaro. Överkategorierna för dessa är omsorg och växelverkan. Nedan beskrivs de i löpande text och åskådliggörs även i figur 3.

Frågan om ledarskapets möjligheter att påverka personalens arbetshälsa är tvådelad. Dels frågades det i grupperna om vilka som är de viktigaste dragen i ledarskapet som påverkar arbetshälsan hos dem personligen, och dels vilka möjligheter man anser att ledarskapet har att påverka arbetshälsan. Beroende på hur gruppen uppfattade frågan ställdes det tilläggsfrågor som bättre belyste den ursprungliga frågan. Resultatet visar att ledarskapet har goda möjligheter att påverka arbetshälsan genom att agera på ett visst sätt och genom att ha ett visst förhållningssätt till de anställda.





Figur 4. Ledarskapets påverkningsmöjligheter.

Då vi i grupperna diskuterade vilka faktorer i ledarskapet kunde vara sådana som påverkar den egna arbetshälsan och vilka möjligheter ledarskapet har att påverka den började man snabbt tala om jämlikhet, rättvisa och tillit. Man menade att om ledaren behandlade sin personal rättvist och jämlikt så att samma regler gällde för alla och att ledarens beteende var konsekvent kunde man lita på chefen. Man menade också att ett avgörande villkor för att ledarskapet skulle kunna påverka arbetshälsan var att ledaren skapade en bra atmosfär på arbetsplatsen och uppmärksammade personalen även individuellt. I det som följer presenteras underkategorierna var för sig.

### 6.2.1 Att följa spelreglerna

Denna underkategori består av begreppen mod, rättvisa, jämlikhet och konsekvens. Man menade att ifall chefen har dessa egenskaper och kan agera ut dem så att personalen känner sig rättvist och jämlikt behandlad och att chefen är konsekvent i sitt agerande, så kan arbetshälsan främjas. Genom sådana här handlingar byggs upp tillit mellan de anställda och ledaren och visar på att chefen har omsorg om sina anställda.

Så här resonerade man kring ämnet:

*”Jämlikhet i en multiprofessionell arbetsgemenskap är det viktigaste för mig. Det finns också andra än sjukskötare och läkare här.”*

*”En chef ska också ha mod att försvara sina anställda.”*

*”Ingen kan ju lyckas hela tiden, och så det finns olika personer och det blir krockar och alla kommer inte överens på samma sätt, men att man som chef har mod att tala om också det.”*

*”Att chefen liksom gör som hon säger och som hon planerat att göra, det är viktigt.”*

### **6.2.2 Att bry sig**

Till den här underkategorin hör begreppen tillit, stöd och individuellt uppmärksammande. Tillit ansågs vara ett viktigt villkor för att hälsofrämjande ledarskap kan möjliggöras. Likaså var det viktigt att känna att chefen stöder en och har förtroende för en, att få individuell uppmärksamhet av chefen och känna att chefen är uppriktigt intresserad av hur arbetet förlöper och hur man själv orkar. Så här diskuterade man kring detta ämne:

*”Jag tänker åtminstone på tillit, ömsesidig tillit. Eller det att chefen står bakom sina ord.”*

*”Jo, stöd är nog det allra viktigaste. Att stå bakom den anställda. Att vad man än har fattat för beslut i sitt arbete så står chefen bakom en, om man har försökt göra rätt.”*

*”Att uppmärksamma det att vi alla är individer. Då vi är olika, så... åt någon passar längre pauser, någon vill ha kortare lite oftare.”*

### **6.2.3 Skapa atmosfär**

De begrepp som utgjorde den här kategorin är bra tillvaro, skapa stämning och arbetstrivsel. I grupperna ansåg man att chefen är den som skapar och upprätthåller en bra atmosfär på arbetsplatsen och att det de facto är en av chefens viktigaste uppgifter. Här följer några citat från grupperna för att belysa hur stor vikt man gav åt just denna aspekt.

*”Chefen hämtar den där bra känslan till arbetet och arbetsplatsen och jag tycker att det är en av de mest väsentliga, hälsofrämjande saker för att orka i arbetet.”*

*”Ledarskapet har nog en stor betydelse för hur man liksom... njuter av tillvaron på jobbet, eller inte njuter.”*

*”Jag tycker nog att det (ledarskapet) är den huvudsakliga faktorn till hurdan stämning det råder på arbetsplatsen.”*

En informant knöt fint ihop temat för den här kategorin på följande sätt: *”Jag upplever att ledaren är nyckeln till att man trivs på jobbet. Chefen skapar atmosfären och kulturen och det att vi alla har bra att vara. Vi kommer bra överens och kan dela glädje och sorg med varandra. Och gott ledarskap för med sig det att det känns bra att komma till jobbet, jag kommer med glädje till jobbet.”*

#### **6.2.4 Kommunikation**

Betydelsen av en bra och tydlig kommunikation steg fram som en viktig aspekt då man diskuterade ledarskapets möjligheter att påverka arbetshälsan. Begrepp som hör till denna underkategori är växelverkan, tydlighet, positiv respons, intresse för arbetet samt närvaro. Man upplevde att det är viktigt att förmannen visar intresse för det arbete som utförs på arbetsplatsen och ge positiv respons då man lyckats med arbetet. En del poängterade tydligare än andra vikten av materiell belöning som en kanal för positiv respons, medan andra uppskattade högt det att chefen och den högre ledningen skulle uttrycka sin uppskattning verbalt. I grupperna talade man om de olika sidorna av kommunikation på följande sätt:

*”Det känns som så att alla behöver det från sin chef, positiv respons.”*

*”Om det har gått bra för oss så kunde man säga det högt. Det påverkar mycket.”*

*”Jag mår bra i arbetet om chefen är närvarande och informerar om olika saker. Allt är liksom tydligt och klart.”*

*”Det att chefen kan diskutera på ett sätt som visar på uppskattning av de anställda är viktigt.”*

### 6.2.5 Känsla för situationen

Den här kategorin består av begreppen arbetets dimensionering, att se helheten, att leva i stunden samt flexibilitet. Kategorin handlar om aspekter som antyder på förmannens förmåga att vara närvarande i stunden och verkligen vara på plats med det som händer på arbetsplatsen. Samtidigt som man ska kunna se helheten ska man också kunna reagera snabbt vid behov och vara flexibel. Informanterna diskuterade rätt mycket kring de här aspekterna i ledarskapet och bedömde dem vara viktiga både som villkor för gott och hälsofrämjande ledarskap och också som faktorer som möjliggör hälsofrämjande ledarskap. I en grupp diskuterade man också kring det att till gott ledarskap hör en förmåga att leva i stunden:

*”Chefen ska nog kunna leva i stunden, i den nuvarande situationen och ofta är det ju hektiska situationer på hälsostationer. Men så att man kan snabbt fatta beslut och inte bara säga att försök nu orka bara.”*

*”Att kunna leva i stunden. Jag menar liksom att situationen lever, så borde ledarskapet också göra det enligt situationen.”*

I alla grupper diskuterade man också ifall det kan vara så att man antingen är eller inte en bra ledare, det vill säga att det är en medfödd egenskap; en bra ledartyp. Så här talade man i grupperna:

*”Jag tänker genast på att på något sätt liksom arbetsmängden skulle vara rimlig. Att man skulle acceptera det att man inte kan göra allt möjligt, utan att det räcker som man gör nu. Man kan inte kräva 100 uppgifter att skötas då man bara kan utföra en viss mängd arbete på åtta timmar.”*

*”Att se helheten. Det att alla arbetstagare och yrkesgrupper behövs för att hjulen ska fortsätta rulla.”*

*”Jag tror att i framtiden så kräver nog de unga arbetstagarna att de kan själv planera sin arbetstid och att det finns mer flexibilitet, och möjligheten till det påverkar säkert sysselsättningen, hur man får arbetskraft.”*

*”Man kunde kanske säga att ganska många har medfödda ledarskapsförmågor som man inte nödvändigtvis lär sig från böcker.”*

*”Och det kan ju vara så att en bra ledare kan vara född till en bra ledare. En bra ledartyp.”*

### **6.2.6 Möjliggöra samvaro**

Till den här kategorin hör begreppen skapa samhörighet och gemensam verksamhet. Man diskuterade i grupperna om hur viktigt det är att vara tillsammans med sina kollegor också utanför arbetsplatsen så att man lär känna varandra bättre. En bra chef skulle möjliggöra detta i tillräcklig utsträckning så att samarbetet ska löpa bra. Det ger också personalen en känsla av delaktighet. Personalen arbetar självständigt och har inte i sin vardag mycket gemensam verksamhet kring arbetet, så de upplevde att det vore viktigt att lära känna de personer de ändå delar arbetstiden och –utrymmen med.

*”En sådan som kan skapa vi-anda, att man kan arbeta mot samma mål tillsammans att när det är tufft så kan alla bära sitt strå till stacken.”*

*”Mera sådana här arbetsvälmående-dagar eller –stunder så att mer uppmärksamhet riktas mot att vi-andan förstärks och att vi kan göra något så att välmående förbättras.*

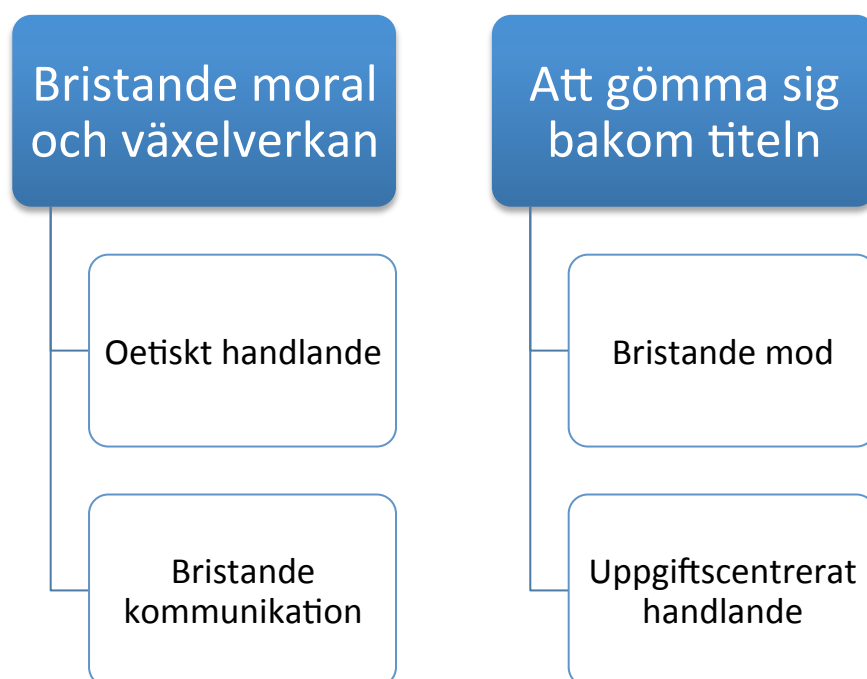
*”Mera situationer för samvaro borde arrangeras. De goda stunderna skulle sedan bära över de svårare.”*

Tolkningen av resultaten för den andra forskningsfrågan har också gjorts mot den teoretiska referensramen och korrelerar till den på så sätt att överkategorierna omsorg och växelverkan har stark förankring i den hälsofrämjande modellen CompHP genom begreppen etik och kommunikation. Man kunde kanske säga att kategorierna till den första forskningsfrågan hänför sig till modellens innersta kärna medan kategorierna till den andra forskningsfrågan hänför sig till den aningen yttre delen där ledarskap och kommunikation finns. Då dessa tas till vara kan man i det yttre ”görande” skiktet implementera de inre delarna i sitt ledarskap, där verksamheten också utvärderas.

## **6.3 Icke-hälsofrämjande ledarskap**

I fokusgruppintervjuerna steg det också fram aspekter kring ledarskapet som inte uppfattades som hälsofrämjande. De utgjorde fyra underkategorier och två överkategorier

och presenteras i det följande både i löpande text och i bildform i figur 4. Underkategorierna benämns oetiskt handlande, bristande kommunikation, bristande mod och uppgiftscentrerat handlande. Överkategorierna benämns bristande moral och växelverkan samt att gömma sig bakom titeln. Icke-hälsofrämjande ledarskap beskrevs av informanterna dels som något motsatt till det hälsofrämjande ledarskapet, men också som något annat. Intressant nog beskrev informanterna det hälsofrämjande ledarskapet eller villkor för det ofta genom att först beskriva vad det *inte* är.



Figur 5. Icke-hälsofrämjande ledarskap

### 6.3.1 Oetiskt handlande

Till denna underkategori hör begreppen opålitlighet, fel fokus i arbetet, ojämlik behandling, att inte förstå sina egna brister, ingen branschkunskaper samt ledningens eget beteende inte trovärdigt. Informanterna diskuterade bland annat om att man inte känner sig uppskattad eller sedd om man känner att den egna chefen finns där för att uppfylla ledningens krav och inte för att stöda personalen i deras arbete. Vidare ifrågasatte man ibland ledningens eget beteende och ställde sig frågan om hur man själv ska arbeta en-

ligt etiska riktlinjer ifall ledningens egen yrkesetik kan ifrågasättas? Vidare talade man i alla grupper om att chefen inte kan ha en utbildning inom en annan bransch för att fullt kunna förstå vårdpersonalens situation och behov. Man talade också om att en chef behöver se sina egna brister och om den inte gör det är han inte på rätt plats.

Så här diskuterade man: *"Sen finns det ju sådana som inte förstår själv att dra sig undan, arbeta med något annat. En sådan kan få mycket skada till stånd."*

Så här talade man om branschkännedom:

*"Man borde ju ha kunskaper inom vårdbranschen. Inte som nu då vi har en läkarledd och läkarstyrd verksamhet."*

*"En läkares synvinkel är ändå en annan än en vårdares."*

Beträffande ojämlik behandling av personal sa en informant på följande sätt: *"Om en människa märker att man behandlas ojämnt så leder det till illabefinnande i arbetet."*

En annan informant talade om ojämlik behandling så här: *Det kan inte vara så att en liten lokal chef kan torpedera dina möjligheter till exempelvis alterneringsledigt, utan villkoren måste vara desamma för alla som arbetar här!"*

I en grupp talade man om ledarens fokus i arbetet: *"Chefen är mer som en representant för organisationen och finns mera till för de andra cheferna än för oss anställda."*

Man tangerade också pålitlighet och ledningens eget beteende på följande sätt: *I dessa dagar då resurserna sinar så är exemplet från ledningen inte... det hjälper inte oss. Att om de agerar på det sättet så har vi heller ingen skyldighet att agera på annat sätt än som vi själva anser vara rätt."*

Personalen upplever det mycket viktigt att ledningen och den närmaste chefen uppträder på ett sätt som kan respekteras och som personalen kan efterfölja. Det inger en känsla av trygghet och visar på att ledningen har ett etiskt samvete och är värd att lita på. Om detta inte finns skapas misstro och kan ge upphov till sänkt arbetsmoral.

### 6.3.2 Bristande kommunikation

Den här underkategorin innefattar begreppen tål inte kritik, ingen respons, utvecklingssamtal som inte utnyttjas, ingen delaktighet samt att inte se behoven på arbetsplatsen. Om kommunikationen på en arbetsplats inte löper och framför allt om den inte fungerar mellan chefen och personal, uppstår problem. Informanterna beskrev att det är frustrerande att gå på utvecklingssamtal ifall resultatet av diskussionen inte utnyttjas och om chefen inte tänker vidta de åtgärder som man diskuterat. Man diskuterade också att utmärkande för icke-hälsofrämjande ledarskap är det att chefen inte ger respons eller i så fall endast då det finns något negativt att anmärka om. En dålig ledare kan enligt informanterna inte själv ta emot kritik. Till bristande kommunikation hör enligt informanterna också det faktum att chefen inte ser behoven på arbetsplatsen och bland personalen och är inte närvarande på ett äkta sätt.

Så här talade man om att ta emot och ge kritik:

*"Ledaren behöver nog själv också ta emot kritik. För man kan nog kritisera, men inte ta emot det."*

*"Om chefen inte kan balansera mellan att ge positiv och negativ respons, så... Man måste kunna ta tag i det som är i obalans på arbetsplatsen. Man kan inte bara dela ut rosor, man måste dela ut ris också vid behov så att allt hålls i balans. En negativ drar tio positiva till det negativa, och då måste man ta itu med det negativa."*

Beträffande delaktighet så man bland annat så här:

*"Att man liksom inte bara förbereder ärenden nånstans och hämtar dem till oss, inte ens så att vi kan godkänna dem utan bara genomföra och förverkliga. Att nog kunde personalen beaktas mer åtminstone i större beslut. Det är ändå vi som utför arbetet."*

*"En god ledare skapar stämningen till att det känns bra att komma till jobbet och en trevlig samvaro. Jag kan tänka mig att en enda människa, en ledare kan krossa den glädjen om det är en dålig ledare. Och då sticker människorna."*

Angående utvecklingssamtal som ett verktyg för kommunikation så man så här: *"Utvecklingssamtalen ska inte vara chefs sätt att nå egna mål och syften för sin verksamhet, utan de ska utnyttjas på riktigt."*



Att inte se behoven på arbetsplatsen talade man om så här: *"Nu går ju alla under samma yrkesbenämning och alla måste genom samma rör. Man tar inte alls i betraktande hur olika människor är, hur stora skillnader i temperament det finns."*

Bristande kommunikation kännetecknades alltså av att man kände att chefen inte lyssnade på en, att diskussionerna inte var äkta, att man endast får negativ respons och att man inte är delaktig i beslutsfattandet.

### **6.3.3 Bristande mod**

Den här underkategorin utgörs av begreppen stagnation, rutin, ingen kreativitet, inkonsekvens samt feghet. Informanterna beskrev att det upplevs som frustrerande ifall ledaren inte vågar utveckla sig själv och sitt sätt att vara ledare. Man förklarade att om en chef fastnar i sina gamla mönster och rutiner och inte vågar vara kreativ i sitt sätt att tänka har man heller inte själv intresse för att utveckla sig. Om en chef agerar inkonsekvent och vänder kappan efter vinden enligt vad andra tycker, har man inte särskilt mycket förtroende för chefen.

Så här talade man om stagnation och rutiner:

*"Här inom vårdbranschen finns det ju massor av exempel på att "så här har vi alltid gjort"."*

*"Om man tänker på vilken som helst trappa ovanför oss, så de cheferna är och förblir tills de pensionerar sig. Och fastän de går i skola ibland, så människorna ändras ju inte. De är just sådana som de är med de kompetenser de har."*

Angående brist på kreativitet talade man så här: *"Man saknar en viss kreativitet, en chef kan inte tänka helt enkelspårigt och bara se en lösning."*

Beträffande inkonsekvent handlande sa man så här:

*"Och det är viktigt att chefen inte vänder kappan efter vinden, att chefen plötsligt ändrar sig och säger att man gjort fel och får klagomål."*

Det här handlar också om brist på mod att stå på sig som chef, att våga göra som man tänkt från början. Man kan inte ändra åsikt varje gång man möter motstånd, ansåg informanterna.

#### **6.3.4 Uppgiftscentrerat handlande**

Den sista underkategorin handlar om begreppen att endast tänka resultatnriktat, glömma människan bakom uppgiften, oflexibilitet, för hårda värden, fel motiv för ledarskapet samt överbelastning av personalen. Man diskuterade i grupperna att det inte är gott ledarskap att bara uppskatta snabbhet och effektivitet och stirra blint på siffror och resultat. Om man glömmar människan som uppnår resultaten har man inte lyckats i sitt ledarskap, ansåg man. Också om ledarens egna värden ansågs för hårda, om ledaren hade sökt sig till arbetet av fel, egoistiska orsaker och om personalen tillskrevs för mycket arbete att de inte klarade av det med rimlig ansträngning ansåg man att det inte längre handlade om gott eller hälsofrämjande ledarskap. Man talade också om att chefs egen arbetsbelastning behöver vara hanterbar för att kunna utöva ett gott ledarskap. Då belastas heller inte personalen för mycket.

Så här talade man om att glömma människan:

*"Man har idag gått lite för långt med att bara uppskatta siffror före det mänskliga. Man ser bara snabbhet och effektivitet som värdefulla egenskaper."*

*"Om det är en narcissistisk typ som bara tänker på sitt eget intresse att vara ledare, så är det en besvärlig typ som ledare."*

Om chefen har för mycket arbete och inte kan hantera sin arbetsmängd kan personalen känna att de i sin tur belastas för mycket och känner att arbetsbördan inte är hanterbar, vilket leder till utmattning och frustration.

Så här resonerade man i grupperna: *"En ledare ska inte belasta eller besvära personalen med sådana uppgifter som personalen inte kan göra något åt. Chefen får ju betalt för det och måste kunna uppskatta vad den klarar av själv."*

*"Människor trivs inte om de inte kan hantera sin arbetsmängd."*

*”Sen när man får en massa extra att ta hand om så tycker jag att det skulle höra till ledarskapet att begränsa det. Acceptera att jag inte kan sköta allt möjligt. Man kan inte kräva en massa uppgifter då arbetstiden ändå är begränsad.”*

*”Man borde sträva efter att ha en viss mängd personal som tar emot en ström av klienter, att man inte dag efter dag står inför samma situation då vi har massor av klienter och några få skötare som måste bara överleva.”*

Man diskuterade också i grupperna om hur en oflexibel inställning från chefen inverkar på ens arbetsmotivation och trivsel i arbetet:

*”Man talar mycket om åldersledarskap men ingen tar egentligen tag i det. Chefen borde ha förståelse för att man inte längre återhämtar sig på samma sätt efter tunga arbetsdagar.”*

*”Ibland är vi tvungna att vara flexibla på grund av yttre omständigheter, så det vore trevligt att vi också skulle få känna av samma flexibilitet i vår tur.”*

*”Alla vill inte arbeta enligt samma arbetsschema. Det behövs en möjlighet till att vara lite flexibel med arbetstiderna.”*

Man upplevde alltså i grupperna att det påverkar ens arbetsmotivation och trivsel på arbetet om man inte har någon möjlighet till individuellt beaktande beträffande arbetstider eller innehållet i arbetet. Ledarskapet ansågs spela en stor roll i sammanhanget.

## **6.4 Sammanfattning av resultaten**

Resultaten visar på att för att en förman ska kunna påverka personalens arbetshälsa behövs mod och förståelse att bemöta personalen såväl på individnivå som på gruppnivå. Det här sker genom att visa uppskattning, bidra till att skapa en trygg, öppen och kommunicerande atmosfär på arbetsplatsen samt att våga ta sin roll som ledare och stå bakom den. Genom att agera konsekvent väcks tilliten. Ifall ledarskapet präglades av omsorg om personalens välmående samt växelverkan med den fanns goda möjligheter för ledarskapet att påverka arbetshälsan hos personalen. Ifall ledarskapet består av inkonsekvent och oetiskt handlande samt har en bristande kommunikation där ledaren inte lyssnar på sin personal och inte ger respons påverkas tilliten och delaktigheten negativt.

Om ledaren dessutom handlar enbart utgående från ett resultattänkande utan att beakta personalens arbetsbelastning och individuella utgångspunkter kan man tala om ett icke-hälsofrämjande ledarskap.



Figur 6. Det hälsofrämjande ledarskapets beståndsdelar.

## 7 DISKUSSION

I det följande kommer studiens genomförande, metodval, teoretisk referensram och koppling till tidigare forskning att diskuteras. Inledningsvis vill jag dock nämna något om arbetslivsrelevansen med denna studie. Det har kommit fram både i den tidigare ledarskapsforskningen och i synnerhet i den här kontexten att ledarskapet kanske inte fullt är där det borde vara, eller där det optimalt vore. Det har gjorts analyser om var det felar och vilka utmaningarna är, men enligt studier bland personalen och även bland ledarna själva upplevs det inte att ledarskapet riktigt lyckats med sitt uppdrag i dagens samhälle och med dagens krav. Avsikten med den här studien har varit att belysa hälsofrämjande

ledarskap inom hälso- och sjukvården samt att utreda vilka påverkningsmöjligheter ledarskapet har på personalens arbetshälsa. Studien resulterade i en modell för hälsofrämjande ledarskap och dess beståndsdelar. Min avsikt var vidare att göra modellen så konkret som möjligt så att den ska kännas användbar och förståelig samt lätt att ta till sig. Modellen är ett enkelt verktyg för ledare inom vården att få en överblick över de mest relevanta aspekterna i ledarskapet, ifall man vill utgå från en personalsynvinkel och försöka påverka hur de trivs och mår i arbetet. Med tanke på den åldrande personalen inom vården och att det råder brist på kunnig personal har denna studie en tydlig arbetsrelevans som ett verktyg för ledarskapet att få personalen att stanna längre i arbetslivet.

## **7.1 Metoddiskussion**

Valet av metod har varit lyckat för den här typen av studie. Innan forskningsprocessen inleddes på allvar övervägde jag olika metoder, bland annat temaintervju då jag kunde ha intervjuat personal inom hälsovårdssektorn i Esbo stad. Då jag bekantade mig med olika metoder blev jag dock ganska snabbt övertygad om att jag får ut mera information i en grupsituation och då ämnet dessutom begränsas, så att man inte diskuterar allt som kommer i tankarna. Det visade sig att min magkänsla var rätt; informanterna i grupperna talade öppet, de liksom tänkte högt och inspirerades av varandra. Det var märkbart att en informants utsago väckte tankar hos en annan som ledde till nya diskussioner om ämnet. Enligt forskningsplanen var det meningen att jag skulle utföra intervjuer med två fokusgrupper, men efter den första intervjun var jag så imponerad av metoden att jag ville träffa också en tredje grupp för att få mera tyngd till studien. Meningen med fokusgruppintervjuer är ju som känt inte att nå konsensus i ett ämne, utan att få reda på alla åsikter som finns i ämnet. Som en del av resultatet steg också fram vissa aspekter som man inte ställde frågor om, exempelvis vad som upplevs som dåligt ledarskap. Alla grupper uttryckte också en önskan om en förnyad organisation där alla hälsostationer skulle ha en egen förman som i sin tur skulle ha en administrativ förman.

Esbo stads hälsocentral är för mig en obekant plats sedan tidigare och det var enbart en fördel i denna studie. Det var mycket befriande att inte ha några som helst personliga kontakter varken till någon i personalen eller i ledningen. Jag kände mig objektiv i situationen utan förutfattade meningar om varken personer eller platsen. Jag upplevde även

att informanterna tyckte att det var bra att jag inte kom från samma organisation. Då kunde de tala öppet och utan förbehåll om sina åsikter, upplevelser och önskemål.

I de olika grupperna talade man om liknande upplevelser och uppfattningar i ämnet, fastän man uttryckte det på lite varierande sätt. En grupp uttryckte sig lite försiktigare och artigare medan en annan var mycket extrovert och mångordig. Analysen av materialet tog rätt mycket tid i anspråk, men lyckades bra trots vissa utmaningar. Transkriberingsprocessen var utmanande framför allt med den mycket pratsamma gruppen då många informanter ville tala samtidigt. Ljudkvaliteten var acceptabel om än inte optimal, vilket sannolikt på en föråldrad inspelningsapparat.

Metoden möjliggjorde dock det att forskningsfrågorna kunde besvaras och jag kan faktiskt inte tänka mig att någon annan metod hade fungerat bättre. Eventuellt hade man kunnat komplettera fokusgruppintervjuerna antingen med en enkät eller så att informanterna själva hade fått skriva ner sina tankar om ämnet. Man kunde naturligtvis också ha intervjuat ännu en eller två fokusgrupper, vilket hade varit synnerligen intressant, men på grund av att tiden började ta slut nöjde jag mig med resultatet av tre fokusgruppintervjuer.

## **7.2 Diskussion i förhållande till tidigare forskning**

Resultaten från fokusgruppintervjuerna korrelerade med den tidigare forskningen i stor utsträckning, framför allt beträffande de studier som gjorts bland anställda. Min förförståelse utgående från den tidigare forskningen var att kommunikation, empowerment och delaktighet är begrepp som stiger fram kraftigt i det här sammanhanget. Jag blev lite överraskad att man i grupperna talade så lite om delaktighet och så pass mycket om mod som man de facto gjorde.

Mod talade man visserligen också om i Häkkinens (2007) studie, i vilken man även kom fram till att det att ledaren är konsekvent i sina handlingar leder till tillit mellan anställda och förmannen. Vidare nådde man liknande resultat beträffande betydelsen av en lyckad växelverkan, bra arbetstidsplanering och uppmuntran. I likhet med mitt resultat kom också Kanste (2011), Homan-Helenius&Aho (2010) och Häkkinen (2007) fram till resultat där icke-hälsofrämjande ledarskap beskrevs. Häkkinens studie visade att en byråkratisk ledningskultur anses vara gammalmodig. En förman som handlar utgående

från organisationens regler anses vara oflexibel och rentav ovillig att stöda personalen, ifall förmannen inte samtidigt visar sig förstå arbetstagarnas ståndpunkt.

Kanstes (2011) resultat från litteraturstudien korrelerade även med mina resultat beträffande det att ledarskapet främjar positiva attityder till arbetet och till arbetsvälbefinnandet. Likaså var belöning, rättvisa, en lyckad växelverkan samt respons relevanta begrepp även i Kanstes studie. Kanstes studie visade också att ledarskapet kan utsätta enheten för negativa attityder mot arbetet och illabefinnande i arbetet.

Även Homan-Helenius&Aho (2010) hade kommit fram till att en flexibel kommunikation, möjlighet till fortbildning och självutveckling, belöning, stöd och uppskattning var faktorer som främjar empowerment i arbetet. Man upplevde också att det var viktigt att de egna värdena överensstämmer med organisationens värden, vilket ju också kom fram i min studie. Synvinkeln var ju lite annorlunda i deras studie, men det handlade alltså om ledarskap och empowerment i arbetet. De kom också fram till att auktoritärt och dåligt kommunicerande ledarskap hindrar empowerment i arbetet. Ifall arbetsuppgifterna och yrkeskompetensen inte upplevs som tillfredsställande försämrar det relationerna och atmosfären på arbetsplatsen. Motsvarande resultat fick man då arbetsbördan var för stor eller för liten och vid rutinmässiga eller för krävande arbetsuppgifter.

Barsnes et al. (2011) hade också gjort en fokusgruppstudie och kommit fram till att det att ledaren visar intresse för individen och ger av sin tid och lyssnar på personen samt har en god kommunikation med sina anställda minskar på sjukfrånvaro och gör det lättare för personer som varit långtidssjukskrivna att återvända till arbetet. Samma aspekter steg fram även i mina fokusgruppintervjuer; man talade mycket om vikten av att chefen lyssnar och bidrar till en lyckad växelverkan.

Dellve et al. (2007) kom fram i sin studie att tillit, belöning, erkännande och respekt från chefen samt ett öppet klimat som möjliggör kommunikation är avgörande faktorer som bidrar till sjukskötarens upplevelse av att kunna utföra sitt arbete på bästa möjliga sätt. I studien kom det även fram att sjukskötare upplevde att gemenskapen och delaktigheten samt det sociala stödet inom den egna yrkeskåren var viktiga bidragande faktorer till arbetstillfredsställelse. Det var alltså inte bara ledarskapet och ledaren som person som bidrog, utan kollegerna. Det här var dock inte min synvinkel till studien och har därför inte haft så öppna frågor i min intervjuguide som direkt gav plats för dylika

svar. Men visst diskuterade man om vikten av att umgås även utanför arbetet och att delta i arbetsvälmående-tillfällen i arbetets regi, som dock ledaren ansvarar för och ser till att de förverkligas. Det här kan ju vara en avgörande skillnad mellan den finländska och den svenska hälsovårdskulturen, det vill säga att man i Sverige tar mer ansvar själv för hur man mår i arbetet, medan man i Finland har en passivare roll som arbetstagare i de här frågorna?

Eriksson (2011) beskrev i sin doktorsavhandling att kritiska villkor för hälsofrämjande ledarskap är organisations- och ledarskapsutveckling, samarbete samt utvärdering av hälsofrämjande arbetsplatser. I min studie konstaterade man också att utbildning för ledare behövs och att målen med verksamheten behöver vara tydligt formulerade. Man ansåg dock aningen pessimistiskt att ingen förändring sker förrän den nya generationen av ledare träder fram. Kanske det här återigen är en distinktion mellan ett svenskt och finländskt synsätt? Vad gäller samarbete så handlade det i Erikssons studie om samarbete ledare emellan och referensgruppen i min studie var personal, så man diskuterade inte på samma nivå. Andra tidigare forskningar pekade däremot åt samma håll, bland annat i Häkkinens studie. Erikssons studie visade också på att hälsofrämjande ledarskap bidrar till att skapa en kultur där hälsofrämjande verksamhet möjliggörs och att det motiverar och inspirerar att delta i en sådan utveckling. I min studie talade man på samma sätt om att skapa en kultur och atmosfär på arbetsplatsen så att man mår bra i arbetet.

Även Kullén Engström (2009) beskrev att kommunikation och delaktighet är viktiga verktyg för en ledare, framför allt vid strukturella förändringar. Samma temata är alltså återkommande i de olika forskningarna.

Saarios (2007) avhandling visade på att chefer känner att de inte har tillräckliga färdigheter för det som de tror att arbetet kommer att innebära i framtiden, vilket antyder att bättre och mer utbildning för personer i chefspositioner inom hälso- och sjukvården behövs. Vidare visade resultaten att det att man stöder personalens professionella tillväxt och fokuserar på arbetshälsa kommer att vara viktiga aspekter i framtiden för att garantera tillräcklig personalmängd. Forskaren själv fann det märkligt att informanterna i studien inte tagit fasta på aspekter som hon ansåg vara relevanta för att garantera tillgång till arbetskraft också i framtiden, det vill säga ledning av individuella färdigheter samt flexibilitet beträffande arbetstider, sammanjämkande av familj och arbete samt stöd av



individuell karriärplan och studier. De här aspekterna nämndes alla i min studie som relevanta för arbetstillfredsställelsen och ansågs vara faktorer som en bra chef kan påverka.

Man kan alltså konstatera att man i tidigare studier oberoende av metod kommit fram till liknande resultat som i min studie. Anställda beskriver liknande upplevelser av och förväntningar på ledarskapet så att de ska må bra i arbetet. Man anser också konsekvent att ledarskapet har en stor betydelse för atmosfären på arbetsplatsen och hur man orkar med arbetet.

### **7.3 Diskussion i förhållande till den teoretiska referensramen**

Ledarskap och hälsofrämjande som är den teoretiska referensramen i denna studie var det naturliga valet av referensram eftersom det övergripande temat är hälsofrämjande ledarskap. Till stor hjälp var CompHP-modellen som på ett logiskt sätt åskådliggjorde hälsofrämjande verksamhet och hur den byggs upp. I tolkningsprocessen upplivades modellen för mig och den abduktiva processen var mycket intressant och givande att genomföra. Den empiriska studien fick bekräftelse av teorin samtidigt som teorin blev levande då den fick bekräftelse genom empirin. Resultaten från fokusgruppintervjuerna korrelerade spännande nog långt med CompHP-modellen och WHO:s grundläggande hälsofrämjande begrepp att förespråka för hälsa, att samarbeta eller medla för hälsa och att möjliggöra förändring steg tydligt fram. Likaså var resultatet som beskrev villkor för hälsofrämjande ledarskap liknande till ledarskapsforskningarna.

Trots att jag glädde mig storligen åt att modellen visade sig vara så tillämpbar så visade det sig att utgående från min studie kunde man tillägga en dimension till den, nämligen mod. Begreppet mod lyftes fram starkt både från min och andras studier som en avgörande egenskap hos en ledare med hälsofrämjande intentioner. I så fall hör mod i kärnans inre, tillsammans med de etiska värdena och den hälsofrämjande kunskapsbasen. Mod visade sig vara ett av de grundläggande villkoren för hälsofrämjande ledarskap, och begreppet finns i alla de andra beståndsdelarna också. Man måste alltså ha mod att kommunicera och att våga ta sin plats som ledare med allt vad det innebär.

Beträffande ledarskapet i den teoretiska referensramen konstaterar Northouse (2007) inledningsvis att ledarskap är något som sker i gruppkontext, att det är en process och

att det innebär inflytande. Ledarskapet blir tillgängligt för alla eftersom det är en händelse som sker mellan ledaren och dennes efterföljare. Yukl (2008) och Sandahl (2010) har skrivit om etiskt ledarskap, som ju steg upp som ett relevant tema i den här studien. Sandahl menade att etiken har en central plats i alla mellanmännsliga relationer och i synnerhet i rollen som chef. Chefen är i nyckelposition då det gäller att utveckla en organisationskultur, normer och attityder och dessutom ansvarig för att reda ut konflikter. Yukl menar å sin sida att ledaren kan breda ut etiska riktlinjer i organisationen, föregå som gott exempel med sitt eget beteende samt att kritisera och bestraffa oetiskt beteende. Alla de här aspekterna kom fram också i min studie, där informanterna talade om vikten av rättvis och jämlik behandling, om vikten av att chefens egna värderingar passar in på arbetsplatsen och också att chefen har mod att reda ut konflikter.

Beträffande hälsofrämjande ledarskapsteorier beskriver exempelvis WHO (2007) gott ledarskap som att förse personal med en riktning mot vilken man arbetar och att skapa engagemang för dem, samt att möjliggöra förändring och uppnå bättre hälsoservice. Alla de här aspekterna var genomgående temata även i min studie, då man beskrev hur viktigt det är att känna att alla vet vad man gör och varför och att chefen är tydlig i allt den kommunicerar åt personalen.

Ledarskapet inom studiens kontext har i litteraturen beskrivits som byråkratiskt, auktoritärt och styvt (Jalas 1992 s. 98). Det har förklarats med att vårdpersonalens arbete ska koordineras med övriga viktiga funktioner inom organisationen. Byråkratin bestod av en centrerat beslutsfattande, hierarkiskt och noggrant avgränsade makt-, ansvars- och verksamhetsområden, betoning på relationen mellan förman och anställd samt övervakning. I det nyare ledarskapet har man dock börjat se på saker lite annorlunda, dvs. genom sakkunnighet och ledarskap så att man koncentrerar sig på att utgå ifrån patientens behov i stället för att arbeta och leda uppgiftscentrerat. Man har också arbetat för att det ska skapas möjligheter för att delta aktivt på olika plan då kvaliteten på servicen bedöms. Man påpekar också att bl.a. delaktighet, partnerskap i samarbete och kontinuerlig utvärdering är delar av kvalitetsledning. (Outinen&Lindqvist 1999 s. 15)

Man har alltså insett inom hälso- och sjukvården att man behöver ändra på ledarskapet, men har man kommit dit ännu? Enligt min studie är man inte riktigt där ännu, utan man känner sig ganska uppgiven. Man talade om hur det kunde se ut i framtiden och ut-

tryckte många olika önskningar och åsikter, men man ansåg nog att organisationen inom hälso- och sjukvården alltför styv. Man tror heller inte direkt att ledarskapet kommer att förändras så länge de gamla ledarna sitter kvar på sina tjänster. En informant uttryckte det så här:

*”Jag tror att det beror på åldern, den där kulturella bakgrunden, det där arvet efter ledarskapet som äldre ledare utövar. Alltså det verkliga ledarskapet i framtiden, det kommer när generationerna växlar och de nya unga tar över.”*

## **8 KRITISK GRANSKNING**

I det här kapitlet kommer studiens genomförande och metodval att diskuteras kritiskt. En kritisk granskning behöver per definition inte vara något enbart negativt, utan innebär en konstruktiv bedömning över i detta fall en studies genomförande. Kritiskt tänkande är en process med syfte att finna svar där de inte är så klart tillgängliga. Ett kritiskt förhållningssätt är i grunden ett positivt förhållningssätt, eftersom det handlar om att förbättra någonting och därmed också innefattar en tro på möjligheterna till förbättring. Det kritiska förhållningssättet är mera än en metod, den bygger i sista hand på ett moraliskt ställningstagande. (Stenbock-Hult 2004 s. 13, 49)

Härnäst kommer studiens generaliserbarhet, validitet och reliabilitet att diskuteras kritiskt.

### **8.1 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet**

Reliabilitet hänför sig till forskningsresultatens konsistens och tillförlitlighet. Det handlar om det faktum att ett resultat kan reproduceras vid andra tidpunkter och av andra forskare. Det handlar om huruvida intervjupersonerna kommer att förändra sina svar under en intervju och huruvida de kommer att ge olika svar till olika intervjuare. Reliabilitet kan diskuteras i olika sammanhang av intervjustudien. Frågor om reliabilitet är aktuella under intervjun, utskriften och analysen. Intervjuarens reliabilitet behöver beaktas även beträffande ledande frågor, menar Kvale&Brinkmann (2009). De menar också att även om det är önskvärt att öka intervjuresultatens reliabilitet för att motverka subjektivitet, kan en för stark betoning på reliabiliteten motverka kreativitet och variations-

rikedom. Skribenterna menar att det är viktigt för resultatet att intervjuaren använder sin egen intervjustil och vågar improvisera. (Kvale&Brinkmann 2009 s. 263)

Intervjuguiden som jag använde mig av i fokusgruppintervjuerna baserar sig på den tidigare forskningen och frågeställningarna. Frågorna i guiden är öppna, men temat var ganska styrt för att man ska hålla sig inom ämnet av intresse. Följdfrågor ställdes ifall jag ville att informanten skulle utveckla sitt svar eller om jag ville få bekräftelse för vad informanten sagt. Samma intervjuguide användes i alla grupper och frågorna ställdes i samma ordning. Alla grupper fick samma förhandsinformation och transkriberingsprocessen förlöpte på samma sätt efter varje intervju. Utgående från det här kan jag konstatera att tillförlitligheten i studien inte sviktar och att man kunde utföra samma studie på nytt och få liknande svar av informanterna. Jag har försökt leva upp till Kvale&Brinkmanns råd om att behålla kreativiteten och inte låsa mig för mycket vid teorin om metoden. På så sätt lyckades jag bilda kategorier som ganska konkret beskriver informanternas tankar om temat. Kategoribildningen är sedan en individuell uppgift och förmåga för var och en att göra och var och en som utför en dylik studie kan kalla kategorierna för sådant de anser vara mest passande. Naturligtvis kan det hända att gruppen upplever en moderator som mer förtroendeingivande än en annan, och säkert är det en fördel att inte komma från samma organisation som där undersökningen utförs för att undvika problematiska situationer och utmaningar med förtroendet.

Validiteten hänför sig till giltighet, till sanningen, riktigheten och styrkan i ett yttrande. En giltig slutsats är korrekt härledd från sina premisser. Ett giltigt argument är hållbart, välgrundat, försvarbart, vägande och övertygande, säger Kvale&Brinkmann (2009). Inom samhällsvetenskaperna har validitet kommit att gälla om en metod undersöker vad den påstås undersöka. Validitet ska genomsyra hela forskningsprocessen och tillhör inte enbart ett separat stadium av undersökningen. Meningen är alltså en kontinuerlig validering under hela forskningsprocessen. Valideringen sker enligt Kvale&Brinkmann på de sju stadier som också intervjustudien sker på (jfr. kapitel 5.1). Valideringen vilar på forskarens hantverksskicklighet under en undersökning och på att han ständigt kontrollerar, ifrågasätter och teoretiskt tolkar resultaten. (Kvale&Brinkmann 2009 s. 264)

Metodvalet i denna studie har behandlats i kapitel 8.1 där jag försvarat mitt val av metod. Försättningsvis anser jag att denna metod gav de bästa möjliga resultaten med

tanke på frågeställningarna och även analysen. Validiteten har beaktats då jag sökt tidigare forskning i ämnet och den processen finns beskriven i bilaga 2. De forskningar som fyllt inklusionskriterierna har tagits med i studien och presenterats i kapitel 2.3. Intervjuundersökningens skeden har presenterats tidigare och etiska överväganden har gjorts beträffande varje skede av studiens genomförande. De finns beskrivna i kapitel 5.4. Den abduktiva tolkningen av resultatet har bidragit till att jag ständigt övervägt hur jag behandlar resultatet, hur jag ska återge det så att det blir läsbart och samspelar med teorin. Därmed anser jag att studien uppfyller kraven på validitet.

Ifall resultaten av en intervjustudie bedöms vara rimligt tillförlitliga och giltiga återstår enligt Kvale&Brinkmann frågan om de är främst av lokalt intresse eller om de kan överföras till andra undersökningspersoner och situationer. En fråga som ständigt ställs till intervjustudier är om resultaten är generaliserbara. Om man är intresserad av generalisering ska man inte ställa sig frågan om intervjureultatet kan generaliseras i största allmänhet, utan om den kunskap som producerats i en specifik intervju kan överföras till andra relevanta situationer. (Kvale&Brinkmann 2009 s. 281)

Min studie handlade om hälsofrämjande ledarskap och studien genomfördes i hälso- och sjukvårdens kontext. Jag anser att resultatet sannolikt är generaliserbart inom samma kontext, men intressant är om det hälsofrämjande ledarskapet har samma premisser också i andra branscher. Eriksson (2008) gjorde en fallstudie inom en alldeles annan bransch där man utvecklade ett hälsofrämjande ledarskap. Där betonades vikten av självedda grupper, stöd för individualitet, kreativitet och proaktivitet i allt man gjorde. Ändå visade det sig att de anställda som inte klarade av de här kraven och som inte passade in sökte sig någon annan stans. Om man alltså inte kunde leva upp till arbetsplatsens och arbetsgivarens krav passade man inte in där. Kan man då kalla det ett hälsofrämjande ledarskap?

De studier som gjorts inom hälso- och sjukvårdsbranschen som tangerar ett gott ledarskap och villkor för det talar för en god kommunikation, flexibilitet, rättvisa, omsorg och mod. Varför skulle de inte kunna vara överförbara till någon annan bransch också? Jag anser alltså att mitt resultat är generaliserbart inom kontexten där studien är genomförd, men väl värd att pröva även inom vilken som helst annan bransch. Generaliserbarheten är svår att förutse och därför kan jag bara anta att resultatet är generaliserbart. In-

tressant vore att utföra samma studie i sjukhusmiljö och se ifall samma ledaregenskaper skulle stiga fram som relevanta även där.

## **8.2 Kritiska aspekter beträffande informanterna**

En av deltagarna skötte vissa administrativa uppgifter en dag i veckan, men var inte i förmansposition till de övriga deltagarna. Hon och skribenten förde en diskussion om hur hennes deltagande kunde upplevas av de andra deltagarna, men man kom överens om att hon kunde delta. Hon hade dessutom diskuterat frågan med de övriga deltagarna och ingen hade något att invända till hennes deltagande. I intervjusituationen kunde jag inte förnimma något sådant som skulle ha visat på att någon i gruppen inte talade öppet på grund av den här personens närvaro. Jag upplever att stämningen var öppen och förtrolig och alla deltagare var tillfreds med situationen. Man kan ju diskutera ifall denna person borde ha uteslutits ut gruppen, men jag upplever att man förhållit sig så öppet till hennes position på arbetsplatsen och att hon över huvud taget inte upplevdes som en förmän till dem, att det inte fanns hinder för hennes deltagande.

Deltagarna diskuterade mycket utgående från sin nuvarande situation och hade ganska svårt att tänka ur ett framtidsperspektiv, eller på ett optimalt ledarskap utan att alls utgå från hur de ser på ledarskapet. Det är naturligt att man jämför sina egna upplevelser och erfarenheter med det som diskuteras, och det vore rentav inte möjligt att helt utesluta sina egna subjektiva erfarenheter då man diskuterar ett sådant här ämne. Detta har jag försökt tänka på under analysskedet och då har abduktionen som metod varit bra eftersom empirin ska speglas mot teorin. Därifrån har man kunnat få bekräftelse för resultatens trovärdighet.

I fokusgruppintervjuerna försökte jag låta informanterna diskutera så fritt som möjligt med ändå så att vi höll oss till ämnet. I en grupp talade man ganska mycket om saker som inte direkt berörde temat, men som informanterna tydligt hade ett stort behov att tala om, så det tilläts. Man diskuterade bland annat om hälso- och sjukvårdens ställning i Esbo stad, om hurdan service den äldre befolkningen i framtiden vill ha eller behöver och om lönepolitik. Det resulterade i en lång transkriberingsprocess, men min intuition sa att den arbetsgemenskapen behövde få tala ut om de här sakerna trots att de inte hade direkt att göra med studien.

Jag lärde mig nya saker såväl om metoden som om intervjuteknik under gruppernas gång och ur den synvinkeln var det bra att det förlöpte en månad mellan den andra och den tredje gruppen. På så sätt hade jag möjlighet att börja bearbeta materialet från de två första intervjuerna och förbereda mig bättre på den sista. Jag kunde, med facit i hand, ha ställt ännu bättre och fler följdfrågor som kunde ha förtydligat svaren ytterligare men å andra sidan anser jag att jag fick rätt uttömmande svar på intervjufrågorna. Vidare anser jag också att forskningsfrågorna blev besvarade med hjälp av det material jag hade till förfogande.

Då jag gick för att träffa den första fokusgruppen var jag rätt medveten om min förförståelse för ämnet och trodde mig veta i vilka banor diskussionen skulle förlöpa. Till min glädje kunde jag ändå släppa den känslan och bara vara i stunden och öppet ta till mig det som diskuterades i grupperna. Under analysens gång kände jag mig som en upptäcktsresenär som fann nya skatter som man inte upptäckt tidigare. Jag fick ett resultat som överraskade mig och som inte blev som jag trott från början.

### **8.3 En kritisk tillbakablick**

Det har varit en spännande och mycket lärorik resa att genomföra denna studie. Jag har med ödmjukhet och nyfikenhet fått ta del av tre arbetsgemenskapers tankar och åsikter om ledarskapet och kunnat konstatera att andra före mig kommit till liknande resultat. Utmaningen har varit att formulera resultatet så att det bli läsbart, intressant och viktigast av allt, användbart för arbetsgemenskaper inom vården men varför inte också på andra arbetsplatser. Min avsikt har varit att formulera kategorierna så att de uppfattas som förståeliga och användbara utan att de behöver förklaras ingående. Min förhoppning är att resultatet från min studie kommer att upplevas som ett konkret verktyg i det utmanande men spännande ledarskapsarbetet inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Trots att jag med respekt och tillförsikt tagit del av resultatet från min studie ställer jag mig ändå försiktigt frågan om inte kraven på ledarskapet är nära intill orimliga? Kan man med rättvisa kräva av en enskild ledare att den uppfyller alla dessa krav på ett ledarskap som främjar personalens hälsa? Kunde man möjligtvis kräva någon insats och ett ansvarstagande av arbetstagarna också? Kunde man börja implementera äkta medarbetarskap också inom den finländska hälso- och sjukvården så att samarbetet kring ar-

betshälsorelaterade frågor skulle bli ett gemensamt intresse för alla parter? En ledare kan knappast skapa arbetshälsa utan något som helst bidrag från den anställda själv, tror jag.

Fortsatta forskningsområden av intresse kunde vara vilken roll arbetstagaren har för att främja arbetshälsan, vilka andra faktorer som påverkar arbetshälsan förutom ledarskapet och hur de förhåller sig till varandra samt hur medarbetarskap som begrepp och metod kunde implementeras i den finländska hälso- och sjukvården.



## KÄLLOR

Alvesson, Mats&Sköldberg, Kaj. 2008. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-04615-0

Barsnes, Birte; Magnusson, Liv Heide; Råheim, Målfrid. 2011. *Eksplorerende fokus-gruppeintervjuer: Sykefravaersoppfølging erfart av sykmeldte og ledere*. Fysioterapeuten 2011; 78 (6): 18-24. Bergen: Universitetet i Bergen.

Bryman, Alan. 2002. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Trelleborg: Liber AB. ISBN 91-47-06402-1

Dellve, Lotta; Skagert, Katrin&Vilhelmsson, Rebecka. 2007. *Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance*. European Journal of Public Health, vol. 17, No. 5, 471-476. Göteborg: Göteborgs universitet.

Dempsey, C., Battel-Kirk, B.&Barry, M.M. 2011. *The Comp HP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook*. Paris: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE)  
[www.iuhpe.org/uploaded/CompHP\\_Competencies\\_Handbook.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP_Competencies_Handbook.pdf) Hämtad 24.11.2011

Eriksson, Andrea. 2011. *Health-Promoting Leadership: A Study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation*. Doktorsavhandling. Göteborg: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap. ISBN 978-91-867-39-18-8  
[www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/DrPH-avhandlingar/Andrea\\_Eriksson](http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/DrPH-avhandlingar/Andrea_Eriksson). Hämtad 17.1.2012

ENWHP European Network for Workplace Health Promotion. 2011. *Workplace Health Promotion*. [www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html](http://www.enwhp.org/workplace-health-promotion.html). Hämtad 22.11.2011

Ewles, Linda&Simnett, Ina. 2005. *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 91-44-03596-9

Forskningsetiska delegationen. 2009. *Etiska principer för humanistiska, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Helsingfors. [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi) Hämtad 21.11.2011

Hanson, Anders. 2010. *Salutogent ledarskap – för hälsosam framgång*. Stockholm: Fortbildning AB. ISBN 978-91-7091-230-6

Hirsjärvi, Sirkka&Hurme, Helena. 2000. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino. ISBN 951-570-458-8

Homan-Helenius, Päivi&Aho, Soile. 2010. *Työssä voimaantuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät: Kirjallisuuskatsaus*. Tutkiva hoitotyö vol. 8(1)2010 s. 12-19. Helsinki. ISSN 1459-4846

Häkkinen, Eeva. 2007. *Terveiden edistäminen ja sen johtaminen sairaalahenkilöstön kuvaamana*. Pro gradu-avhandling. Kuopio: Kuopio universitet, samhällsvetenskapliga fakulteten.

Jalas, Anneli et al. 1992. *Hoitotyön johtamisen näkökulmia*. Helsinki: Kirjayhtymä. ISBN 951-26-3700-6

Johansson, Gunilla; Andersson, Lars; Gustafsson, Barbro&Sandahl, Christer. 2010. *Between being and doing – the nature of first-line nurse managers and registered nurses*. Journal of Clinical Nursing 2010, 19: 2619-2628. Stockholm: Karolinska Institutet <http://web.ebscohost.com.ezproxy.arcada.fi:2048/ehost/pdfviewer?sid=ae79fd7a-4ac6-833e-752d8181> Hämtad 2.2.2012

Jönsson, Sten&Strannegård, Lars. 2009. *Ledarskapsboken*. Malmö: Liber AB. ISBN 978-91-47-08875-1

Kanste, Outi. 2011. *Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin*. Tutkiva hoitotyö vol. 2/2011 s. 30-35. Helsinki. ISSN 1459-4846

Krueger, Richard A.&Casey, Mary Anne. *Focus Groups. A practical guide for applied research*. Third edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications. ISBN 0-7619-2070-6

- Kullén Engström, Agneta. 2009. *Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser*. Doktorsavhandling. Göteborg: Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap. ISBN 978-91-85721-66-5 [www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/DrPH-avhandlingar/Agneta\\_Kullen\\_Engstrom](http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/DrPH-avhandlingar/Agneta_Kullen_Engstrom). Hämtad 20.1.2012
- Kvale, Steinar&Brinkmann, Svend. 2009. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-05598-5
- Laitinen, Lauri A. (red.) 2010. *HUS siunatkoon. Kannanottoja terveydenhuollon johtamisesta*. Helsingfors: Duodecim. ISBN 978-951-656-383-4
- Luxemburgdeklarationen. 2007. *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. [www.enwhp.org/Luxembourg\\_Declaration.pdf](http://www.enwhp.org/Luxembourg_Declaration.pdf) Hämtad 22.11.2011
- Medin, Jennie&Alexanderson, Kristina. 2000. *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-01598-9
- Narinen, Arja. 2000. *Terveydenhuollon osastonhoitajien työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä*. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. ISBN 951-45-8916-5
- Northouse, Peter. 2007. *Leadership. Theory and practice*. Fourth edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications. ISBN 978-1-4129-4161-7
- Nutbeam, Don&Harris, Elizabeth. 2004. *Theory in a nutshell. A practical guide to health promotion theories*. Sydney: McGraw-Hill. ISBN-13: 978-007471332-7
- Outinen, Maarit&Lindqvist, Tuija (red.). 1999. *Kvalitetsledning för social- och hälsovården på 2000-talet. Landsomfattande rekommendation*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, Stakes, Finlands Kommunförbund. ISBN 951-33-0735-2
- Saario, Asta. 2007. *Hoitotyön johtamisosaaminen ja osaamisvaatimukset tulevaisuudessa julkisen terveydenhuollon toimintaympäristössä*. Pro gradu-avhandling. Tammerfors: Tamperen yliopisto. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01686.pdf> Hämtad 3.2.2012

Sandahl, Christer; Falkenström, Erica & von Knorring, Mia. 2010. *Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet*. Stockholm: Natur och kultur. ISBN 978-91-27-11974-1

STM Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. ISBN 952-00-0973-6.

[www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf).

Hämtad 2.11.2011

Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (red.). 1994. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 91-44-39861-1

Stenbock-Hult, Bettina. 2004. *Kritiskt förhållningssätt. En vetenskaplig, etisk attityd och ett högskolepedagogiskt mål*. Lund: Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-03048-7

Sveningsson, Stefan & Alvensson, Mats. 2010. *Ledarskap*. Malmö: Liber AB. ISBN 978-91-47-09492-9

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Andra upplagan. Helsingfors: Tammi. ISBN 978-951-31-5369-4

VNK Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 18/2007. *Hallituksen strategia-asiakirja 2007*. Helsinki: Yliopistopaino. ISBN (pdf) 978-952-5631-42-5  
[www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu/fi.jsp?oid=213177](http://www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu/fi.jsp?oid=213177) Hämtad 6.11.2011

Världshälsoorganisationen. 1986. *Ottawadeklarationen den 21 november 1986*.  
[www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf). Hämtad 2.11.2011

Världshälsoorganisationen. 2007. *Building leadership and management capacity in health*.  
World Health Organization.  
[www.who.int/management/FrameworkBrochure.pdf](http://www.who.int/management/FrameworkBrochure.pdf)

Hämtad 3.11.2011

Yukl, Gary. 2008. *Leadership in organizations*. Seventh edition. Albany, New York: Pearson. ISBN-13 978-0-13-815-714-2

## BILAGOR

*Bilaga 1. Tabell över databassökningen.*

Datum	Sökord	Databas	Träffar
17.1.2012	"personnel management"	Medic	112 träffar
17.1.2012	"personnel management"+"health promotion"	Medic	1 träff
17.1.2012	leadership OR johtajuus + "work-related health" or työhyvinvointi	Medic	2 träffar
17.1.2012	johtajuus OR leadership+tulevaisuu* OR future	Medic	7 träffar
24.10.2011	hälsofrämjande ledarskap 2006-2011	Nelli	4 träffar, användes i ledarskapskapitlet
31.10.2011	Leadership+"health care"+"health promotion"	Academic Search Elite	72 träffar
31.10.2011	Leadership+"health care"+communication	Academic Search Elite	114 träffar
31.10.2011	"employee health promotion"+leadership	Academic Search Elite	3 träffar
31.10.2011	"health promotion" OR "personnel management"+"health	Academic Search Elite	78 träffar

	promotion" OR well- ness OR wellbeing OR "healthy people pro- gram"+work OR oc- cupational OR person- nel OR employee		
31.10.2011	"employee health promotion" OR well- ness OR wellbe- ing+leadership OR "personnel manage- ment"+work OR oc- cupational OR person- nel OR employee	Academic Search Elite	16 träffar
17.1.2012	"health promotion" OR wellbeing OR ing+leadership OR personnel manage- ment+work OR em- ployee	Sage Online Jour- nals	14 träffar
18.1.2012	"employee health promotion" OR well- ness OR wellbeing +leadership OR "per- sonnel manage- ment"+work OR oc- cupational OR person-	Emerald	38 träffar

	nel OR employee		
18.1.2012	”framtidens ledarskap”	Swemed+	2 träffar
18.1.2012	”hälsofrämjande le- darskap”	Swemed+	3 träffar

*Bilaga 2. Forskningsöversikt.*

Författare och titel	Syfte	Urval	Metod	Resultat
Häkkinen, Eeva. 2007. Terveysten edistäminen ja sen johtaminen sairaalahenkilöstön kuvaamana.	Undersöka personalens syn på ledarskapet.	40 informanter, både läkare, avdelningsskötare, sjukskötare och övrig vårdpersonal.	Intervjuer.	Ledning av personalens hälsofrämjande består av ledarskap, hälsofrämjande värden och personalens delaktighet. Chefens stöd och erkännande viktigt.
Saario, Asta. 2007. Hoitotyön johtamisosaaminen ja osaamisvaatimukset tulevaisuudessa julkisen terveydenhuollon toimintaympäristössä.	Beskriva ledarskapsfärdigheter nu och vilka kraven tros vara i framtiden.	N=23. Avdelningsskötare, överskötare och medlemmar av ledningsgrupper.	Surveyundersökning. Svarsprocent 38, varav 77% var överskötare.	Det finns ett behov att utveckla ledarskapsutbildning och ledarskapet i sig. Centrala faktorer som stöder arbetsvälbefinnande är förändringsledarskap, ledning av åldrande personal och utveckling av profession-



				alitet hos personalen.
Dellve, Lotta et al. 2007. Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance.	Undersöka hur ledarskap kan påverka arbetsnärvaro.	23 intervju-personer i chefsposition, frågeformuläret riktades till personalen, n= 3275.	Djupintervjuer, ett frågeformulär	Förbättrade ledaregenskaper relaterades till högre grad av arbetsnärvaro. En ökning av ledarens sätt att belöna och ge erkännande samt ökad respekt till de anställda relaterades starkast till ökad närvaro på arbetet.
Kullén Engström, Agneta. 2009. Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares up-	Beskriva ledarskapets och medarbetarskapets roll vid strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården.	Både ledare och anställda intervjuades vid olika tillfällen på olika avdelningar på olika sjukhus.	4 kvalitativa delstudier. Intervjuundersökning.	Kommunikation viktigt vid strukturella förändringar. Delaktighet är en övergripande kärnkategori i upplevelser av förändring. Delaktighet påverkas

oplevelser.				av information, kommunikation och ledarskap.
Homan-Helenius, Päivi&Aho, Soile. 2010. Työssä voimaantuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät.	Att undersöka vilka faktorer som påverkar personalens känsla av empowerment i arbetet.	16 forskningsartiklar inkluderades enligt forskarnas inklusionskriterier.	Litteraturstudie. Induktiv innehållsanalys av 16 forskningsartiklar.	För att ha/få empowerment i arbetet behövs tydlig organisationsstruktur, flexibel kommunikation, belöning, självutveckling, stöd och uppskattning från chefen. Ledarskap som ger makt, ansvar, stöd och uppmuntran ger empowerment i arbetet.
Johansson, Gunilla et al. 2010. Between being and doing – the nature of first-line nurse managers and registered nurses.	Att beskriva den närmaste chefens och sjukskötares upplevelser och erfarenheter av sitt vardagliga arbete och av ledar-	5 ledare frågades personligen, 3 ställde upp. Vissa kriterier fanns för personalen att ställa upp (ålderssprid-	17 intervjuer, 3 ledare och 14 sjukskötare. Kvalitativ innehållsanalys, 2 olika intervjuguider användes.	Kommunikation och ett öppet klimat som tillåter och möjliggör kommunikation. Viktigt att ha möjlighet att delta och på-

	skapet.	ning och arbetsår), cheferna informerade om intervjuerna.		verka arbetet, att ha ett tydligt, gemensamt mål samt att få stöd och respons.
Kanste, Outi. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin.	Att beskriva ledarskapets samband med personalens arbetsattityder och arbetsvälbefinnande.	Nationell och internationell forskning från åren 2000-2010.	Litteraturstudie.	Ledarskapet kan vara en arbetsenhets resurs. Framtids- och förändringsorienterat, deltagande, bekräftande ledarskap, nelöning, rättvisa, växelverkan, stöd, respons och effektiv kommunikation har en positiv inverkan på personalens arbetsvälbefinnande.
Barsnes, Birte et al. 2011. Explorerende	Att utreda vilken roll ledarskapet har för	4 fokusgrupper, 20 deltagare. En	Fokusgruppin-tervju. En personlig intervju,	Nycklarna till ett gott sjukfrånvaroarbeta

fokusgruppeintervjuer: Sykefravaersoppfølging erfart av sykmeldte og ledere.	att en långtids-sjukskriven lättare kan återvända till arbetet.	grupp med ledare, 3 grupper med personal.	en e-postintervju.	finns i kommunikationen mellan de sjukskrivna och ledaren. Personliga egenskaper och kompetenser hos chefen viktiga. Att bli sedd och hörd samt att få bekräftelse ansågs som viktigt.
Eriksson, Andrea. 2011. Health Promoting Leadership: A Study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation.	En begreppsanalys samt en utredning över hur hälsofrämjande ledarskap implementeras.	Förmän inom kommunen samt ett privat företag.	4 delstudier. Halvstrukturerade intervjuer samt enkäter har använts. Även observationer har gjorts, likaså genomgång av ett sjukfrånvaroregister med 15 års statistik.	Hälsofrämjande ledarskap skapar en kultur för hälsofrämjande arbetsplatser och innefattar världen som inspirerar och motiverar de anställda att delta i en sådan utveckling.

### *Bilaga 3. Intervjuguide.*

Öppnande frågor (fråga 1), där alla får presentera sig och berätta om sin roll på arbetsplatsen.

Inledande frågor (fråga 2, 3) som introducerar ämnet som ska diskuteras.

Övergångsfrågor (fråga 4, 5) som överför diskussionen mot nyckelfrågorna som styr undersökningen.

Nyckelfrågorna (fråga 6, 7) driver studien och kräver den största uppmärksamheten.

Avslutande frågor; (fråga 8, 9) ger ett slut till diskussionen. Används för att fastställa deltagarnas slutgiltiga ställning till ämnet som diskuterats. Moderatoren ger en kort summering av det som sagts och kan fråga om hon uppfattat rätt det som sagts.

(Krueger&Casey 2000 s. 43)

1. Berätta kort om dig själv och hur länge du arbetat här/inom vården i stort
2. Vad kommer du att tänka på när du hör orden gott ledarskap?
3. Kan du beskriva hälsofrämjande ledarskap för mig?
4. Hurdant ledarskap förväntar ni er inför förändringen? (Den nya hälsostationen) Frågan ställdes endast i fokusgrupp1.
5. Modern ledarskapsforskning visar att...., kan du hålla med/känner du igen?
6. Av alla ledaregenskaper vi diskuterat idag, vilken är den viktigaste för dig och för att du ska orka/trivas med ditt arbete? Varför?
7. Vilka möjligheter anser du att ledarskapet har att påverka din arbetshälsa?
8. Sammandrag över det som sagts, har jag uppfattat rätt?
9. Är det något vi borde pratat om men inte gjorde?

## **SAATEKIRJE**

Hyvä täsmäryhmähaastatteluun osallistuja,

Lämmin kiitos siitä, että osallistut minulle tärkeään tutkimukseen! Tutkimus on osa Espoon terveyskeskuksen sekä AMK Arcadan välistä yhteistyöprojektia, jossa kehitetään tulevaisuuden terveysasemaa. Tutkimuksessani pyrin selvittämään, mitä mahdollisuuksia johtajuudella on vaikuttaa henkilökunnan työterveyteen ja mitkä ne keinot mahdollisesti ovat. Olen perehtynyt terveyttä edistävään sekä tulevaisuuden johtamiseen ja näistä asioista haluaisin kanssanne keskustella. Huomioithan, ettei tarkoitus ole keskustella nykyisestä työpaikastasi, vaan minua kiinnostaa ajatuksesi tulevaisuuden johtamisesta sekä terveyttä edistävästä johtamisesta. Keskustelemme ryhmissä, ja minua kiinnostaa jokaisen mielipide haastattelutilanteessa. Toivonkin, että keskustelu on vilkasta ja että mielipiteitä vaihdetaan! Haastattelu kestää noin tunnin. Mikäli haastattelijalle herää kysymyksiä tilaisuuden jälkeen, toivoisin, että voisimme tavata vielä uudemman kerran.

Haastattelut tullaan nauhoittamaan jälkikäteen tapahtuvaa puhtaaksi kirjoitusta varten. Kenenkään nimiä ei mainita valmiissa tuotoksessa ja haastattelutilanteessa osallistujia kutsutaan kirjaimilla A, B, C, D jne. eikä nimillä. Yhteenveto haastattelumateriaalista kirjoitetaan sellaiseen muotoon, ettei ketään yksittäistä henkilöä voi tunnistaa. Se tullaan julkaisemaan osana opinnäytetyötäni. Osallistujat pysyvät tunnistamattomina tekstissä, mutta lainauksia tekstistä saatetaan julkaista. Kun tutkimus on valmistunut hävitän kaiken kirjallisen sekä nauhoitetun materiaalin. Tutkimusprosessin aikana säilytän materiaalin lukitussa kaapissa, jonne vain minulla on pääsyoikeus. Minua sitoo vaitiolovelvollisuus mikä tarkoittaa sitä, ettei haastattelutieto välity työnantajalle eikä myöskään esim. työterveyshuoltoon. Jokaisella osallistujalla on mahdollisuus koska tahansa keskeyttää osallistumisensa.

Toivoisin, että voisitte tutustua oheiseen suostumuslomakkeeseen sekä allekirjoittaa sen tullessanne haastattelutilanteeseen.

Minulle on myönnetty tutkimuslupa sekä koululta että Espoon kaupungilta. Opiskelen terveyden edistämisen ylempää AMK-tutkintoa, tavoitteeni on valmistua keväällä 2012. Peruskoulutukseltani olen terveydenhoitaja ja sairaanhoitaja. Toimin tällä hetkellä apulaisosastonhoitajana Helsingin kaupungilla.

Mikäli haluat lisätietoa tutkimuksesta voit ottaa yhteyttä minuun joko puhelimitse 040-737 1907 tai sähköpostitse [anugronlund\(a\)gmail.com](mailto:anugronlund(a)gmail.com), ohjaavaan opettajaani yliopettaja Bettina Stenbock-Hultiin [bettina.stenbock-hult\(a\)arcada.fi](mailto:bettina.stenbock-hult(a)arcada.fi) tai Arcadan projektivastavaan Marianne Tastiin, [marianne.tast\(a\)arcada.fi](mailto:marianne.tast(a)arcada.fi)

Helmikuussa tavataan!

Yhteistyöterveisin,

Anu Grönlund

*Bilaga 5. Informerat samtycke.*

## **SUOSTUMUS OSALLISTUA TÄSMÄRYHMÄHAASTATTELUUN OSANA ELLI-PROJEKTIA**

Ole ystävällinen ja tutustu tähän lomakkeeseen sekä allekirjoita se tullessasi ryhmään.

Suostun osallistumaan täsmäryhmähaastatteluun, jossa keskustellaan tulevaisuuden johtamisesta ja sen mahdollisista vaikutuksista henkilökunnan työterveyteen. Suostun myös siihen, että koko haastattelu nauhoitetaan. Tutkimuksen tarkoitus ja kysymysten luonne on selitetty minulle. Ymmärrän, että mielipiteitäni ei kerrota ryhmän ulkopuolella oleville henkilöille, ellei kaikkia minua tunnistettavia tekijöitä ensin ole poistettu.

Antamani vastaukset ryhmitetään muiden henkilöiden vastausten kanssa niin, ettei minua vastausten perusteella voi tunnistaa. Alkuperäiset ääninauhoitteet säilytetään turvas-  
sa puhtaaksi kirjoittamiseen saakka, jonka jälkeen kaikki haastatteluihin liittyvä materiaali, sekä kirjallinen että äänitallenteet, hävitetään. Osallistumiseni on vapaaehtoista ja ymmärrän, että voin koska tahansa keskeyttää sen.

NIMI

ALLEKIRJOITUS

PÄIVÄMÄÄRÄ



Bilaga 6. Tabell över kategoribildningen (1/3).

FÖRSTÄELSE		
	Stöd för professionell tillväxt	
MOD	Möjliggöra en meningsfull psykisk och fysisk arbetsmiljö	
MOD	Öppenhet	
	Kommunikation	
MOD	Att våga vara ledare	
"a genomförandet utan ser också personen, då vi alla ändå är olika. Och chefen ska vara genuint intresserad av människan som person." "uoitusta vaan näkee myös sen henkilön, kun me ollaan kaikki erilaisia. Ja kiinnostus aidosti tästä ihmisestä myös henkilönä.")		
att de individuella förhållandena beaktas. Alla är inte lika bra på allt. Att mera rikta uppmärksamhet och kunnande mot de saker som		
h är duktig på."		
i, että tulis huomioida se työntekijän, niinku ne yksilölliset taidot. Ei kaikkien tarvi olla tashyviä kaikessa. Et enemmän sitä mielenkintoa ja		
ntekijä on kiinnostunu ja osaa hyvin.")		
bildningsbudget, där det skulle finnas för varje själ, och man skulle själv få välja vart man vill gå och det skulle vara ett rättvist system...."		
tulevaisuudes sellainen koulutusbudjetti, missä ois niinku jokaiselle selulle, ja sit sais itte valita minne haluais mennä, et ois niinku		
n man nu tänker på arbetsvärdande och hälsa, så helt sådana här informationsliljellen, möten, föreläsningar åt personalen. Att det alltid		
e ge information och iver."		
la sit lähemmistä jos ajattellaan työhyvinvointia ja terveyttä nimenomaan, niin ihan semmosia uusista asioista ihan henkilökunnalle tietoiskuja,		
istä mistä tulis niinku aina uutta, uutta jatkunlasta semmosta innotusta ja tietoa.")		
att man har ett liv utanför arbetet och att flexibilitet i arbetstider vore möjligt. Att om man mår bra i det övriga livet så orkar man bättre		
zminen myös semmonen niinku, et se muikin elämä on olemassa juset semmoset ehkä työaikojen jouston suhteen. Et jos voi muuten muussa		
nku työtään paremmin.")		
ylliga arbetet och är närvarande."		
ivittäisessä työssä, on läsnä.")		
i arbetslivet allt längre och pensionärer kommer på jobb så att man ska klara sig på de små pensionerna, så ergonomin är säkert en viktig		
itää olla töissä mahdollisimman kauan aikaa ja eläkeläiset kay töissä et pärjää näillä pienillä eläkkeillä, et ergonomia-asiat voi olla ihan		
anställa vilken hans/hennes roll är. Att vilka önskemål och krav som finns från organisationens sida."		
jälle selväksi se että mikä hänen roolinsa on. Että juuri ne toiveet ja paineet jotka tulee sieltä niinku häntä käskyttävien puolelta.")		
i som ska hända och i vilket skede."		
än mitä tapahtuu ja missä vaiheessa.")		
olar om alldeles grundläggande saker, är kunskaper i växelverkan."		
dän ihan sinne perussasiin, niin se... vuorovaikutustaidot.")		
efen på ett mycket tydligt sätt kunde föra fram sin egen roll som förman. Och liksom dela information om vilka aspekter som dirigerar hans		
i tuoda erittäin selkeesti esille se hänen roolinsa esimiehenä. Ja jakaa tietoa siitä että minkälaiset asiat käskyttää hänen toimintaansa, ja		
än på utvecklingsamtal."		
kin kuin kehityskeskusteluissa.")		
ttar beslut så är det bra att hålla fast vid sina beslut konsekvent. Och fast man beslutar helt ensidigt, så har en bra ledare en viss hållfasthet.		
ain päätöksiä, niin sit on niinku hyvä niinku pysyy niissä tavallaan että johdonmukaisesti pidetään kiinni siitä mitä on sit päätetty. Ja vaikka		
ä kyl sit hyvä jollitajal on sellast tiettyä jämäkkyttä myös. Ne ei oo ehkä johdattelutavissa, niinku.")		
ger och som han planerat göra, det är viktigt."		
oo ja on suunnitellu tekevänsä, se on tärkeää.")		

Bilaga 6. Tabell över kategoribildningen (2/3).

n mielestä A ja O on se, että esimiehellä ei ole niin sanottuja... suosikkeja. Vaan että jokoista tasa-arvoisesti käsittelee ja kuuntelee, siis kaikki lestä yksi isoin lähtökohhta. ") med respekt och det att man lutar på den andra och vice versa... En chef måste ju vara pörltig. ") ttä edistävää, että se kunnioituspuoli et toiseen pystyy luottamaanja... kyllähän esimiehen pitää olla myös luotettava. ") den på det sättet att inte för mjuka värden men ändå att personen skulle ha en humanistisk värdegrund. ") a sillä tavalla että ei liian pelmeät arvot, mutta kuiteski et sillä öis inhimillinen arvomaailma. ") börde förmannen ha kunskaper från vårdranschen och vårdarbetet, uppträffhållandet och främjandet... ") hållandans osamminen ja hoitotyöki... ylläpito ja edistäminen... ") nskopen som helhet, man måste ha en förmåga att ha kontroll över helheten och också mod att leda den. ") iitä työyhteisön kokonaisuudesta, täytyy olla kyky hallita sitä kokonaisuuatta ja myös rohkeutta johtaa sitä. ") h tar sig an uppgifter och lämnar dem inte på häft, utan slutför dem. ") aa asioita hoitotekseen ja ei jättä niitä kesken vaan vie ne loppuun asti. ") h så finns det olika personer och det blir krocker och alla kommer inte överens på samma sätt, men att man som chef har mod att tala om vaan koko ajan, ja just et on erinäisiä persoonia, tulee yhteentörmäystä, kaikki ei niinku tuu toimieen samalla lailla ku toiset tulee, mut et on e. Att stå bakom de anställda. Att vad man än har fattat för beslut i sitt arbete så står chefen bakom en, om man har försökt göra rätt. ") tärkein. Seisoo sen työntekijän takana. Et jos mitä tahansa tekee ratkaisuja niin esimies seisoo takana, jos ne on oikein yrittetty tehdä. ") a är individer. Då vi alla är olika, så... Att någon passar en längre paus, någon vill ha kortare lite oftare och liksom tillåta flexibilitet i vomiominen. Kun ollaan erilaisia niin... Jolekin käy vaikka pidemmät tauot, jolekin lyhyemmät ja niinku sallia ne semmoset joustot siinä on till arbetet och arbetsplatsen och jag tycker att det är en av de mest väsentliga, hälsöfrämjande saker för att arbeta. ") työhön ja työpaikalle ja mun mielestä se on yks niistä... oleellismmista terveyttä edistävästä asioista että jaksaa työssä. ") et) är den huvudsakliga faktorn till hurdan stämning det råder på arbetsplatsen. ") i niinku pääasiallinen tekijä siihen että mikä on se henki työyhteisössä. ")	ETISKT BEMÖTANDE	Ledarens egna värden
		Ansvar
		Att följa spelreglerna
	OMSORG	Att bry sig
		Skapa atmosfär

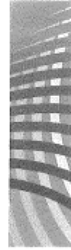
Bilaga 6. Tabell över kategoribildningen (3/3).

Meningsenheter		Underkategori	Överkategori
"a behöver det från sin chef. Positiv respons."		Kommunikation	VÄXELVERKAN
"varmaan jokainen kaipaa sitä esimieheltä, uskon. Positiivista palautetta."			
"n chefen är närvarande och informerar om olika saker. Allt är liksom tydligt och klart."			
"stonhoitaja on läsnä ja tiedottaa asioista. Asiat on niinkun selkeet."		Känsia för situationen	VÄXELVERKAN
"tera på ett sätt som visar på uppskattning av personalen är viktigt."			
"i verbalisia taitoja, että se osaa keskustella osastonhoitajalle kuuluvalla työntekijöitä arvostavalla tavalla työntekijöitten kanssa."			
"i. Jag menar liksom att situationen lever, så borde ledarskapet också göra det enligt situationen."		Möjliggöra samvaro	BRISTANDE MORAL OCH VÄXELVERKAN
"Et mä tarkotin niinku et tilanne elää, niin myös johtajuuden pitää elää sen mukaan miten tilanne elää."			
": alla arbetstagare och yrkesgrupper behövs för att hjulet ska fortsätta rulla."			
"nen. Et jokoista työntekijää ja työryhmiä tarvitaan jotta pyörä pyöri."		Oetiskt handlande	BRISTANDE MORAL OCH VÄXELVERKAN
"sä kräver nog de unga arbetstagarna att de själva kan planera sin arbetstid och att det finns mer flexibilitet, och möjligheten till det påverkar säkert n för arbetskraft."			
"suaides, et varmaan kun tulee koko aika nuorempia, ne on jo tottunut siihen että työoloja voi itte säädellä ja joutaa enemmän ja varmaan vaikuttaa ta suodaan työntekijöitä sitten."			
"nvaro borde arrangeras. De goda stunderna skulle sedan bära över de svårare."		Uppgiftscentrerat handlande	ATT GÖMMA SIG BAKOM TITELN
"än niitä tilanteita jossa ollaan yhdessä. Ne hyvät hetket kantais sitten semmoisten huonojen yli."			
"i vi-ando, att man orkar arbeta mot samma mål tillsammans att när det är tufft så kan alla bära sitt strå till stacken."			
"i saada yhteisen keen syntymään, et voidaan niinku puhalttaa yhteen hiileen silloin kun on rankka aika, niin kaikki niinku pistää panoksensa siihen peliin."		Bristande kommunikation	ATT GÖMMA SIG BAKOM TITELN
"r att man behandlas ojämnt så leder det till ilabefinnande i arbetet."			
"ttä kohtelu on epäoikeudenmukaista niin se lisää työpuhuvointia."			
"en liten lokal chef kan torpedera dina möjligheter till exempelvis alterneringsledighet, utan villkoren måste vara desamma för alla som arbetar här!"		Bristande mod	ATT GÖMMA SIG BAKOM TITELN
"ä joku pikkusimies pystyy niinku torpedamaan sun toiveet päästä vaikka vuorotteluvapaalle, mahdollisuudet pitäis olla samanlaiset kaikille!"			
"sälvi ta emot kritik. För man kan nog kritisera, men inte ta emot det."			
"e osata ottaa kritiikkiä vastaan. Koska kritisoidaan hirveesti täälläkin mutta sitä ei oteta itte vastaan."		Uppgiftscentrerat handlande	ATT GÖMMA SIG BAKOM TITELN
"i nite vara chefsens sätt att nå egna mål och syften för sin verksamhet, utan de ska utnyttjas på riktigt."			
"i nitten niinku hyödyntäminen ihan oikeasti, ettei se oo vaan sellanen esimiehen tapa niinku täyttää omat vaatimuksensa."			
"efen inte vänder koppen efter vinden, att chefen plötsligt ändrar sig och säger att man gjort fel och för klagomål."		Uppgiftscentrerat handlande	ATT GÖMMA SIG BAKOM TITELN
"innä niinku kelkkaa sitten, et ei tää ollukkaan oikeenja sä saat nuhteita siitä et oot tehny väärin."			
"n finns det ju massor av exempel på att "sälär har vi alltid gjort!"			
"altoaalla niin on hirveesti semmosta, et näin on aina tehty, aina jollain tietyllä tavalla."		Uppgiftscentrerat handlande	ATT GÖMMA SIG BAKOM TITELN
"igt med att bara uppskatta siffror före det mänskliga. Man ser bara snabbhet och effektivitet som värdefulla egenskaper."			
"in pitkälle että numerot, numerot, miten paljon se menee niinku sen ihmisyyden edelle jotenkin se arvostus."			
"i mukaan ajateltais, että vain tietyt ominaisuudet on, nopeus ja tehokkuus."		Uppgiftscentrerat handlande	ATT GÖMMA SIG BAKOM TITELN
"t typ som bara tänker på sitt eget intresse att vara ledare, så är det en besvärlig typ som ledare."			
"i, naristisen tyyppinen henkilö joka ajattelee vaan omaa etuaan, että minä haluan olla johtaja, niin se on hankala tyyppi johtajana."			

*Bilaga 7. Beviljande av forskningstillstånd.*



TUTKIMUSLUPA



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/Kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan  
4.1.2012 saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.

Hakija/Yhdyshenkilö: Anu Grönlund

Aihe: Det hälsofrämjande ledarskapets möjligheter. Med fokus på  
arbetahälsa

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t ei/vät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan  
tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan  
pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä.  
Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia  
tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Edellytämme, että tutkija/yhdyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen kehittämisyksikön  
sähköpostiosoitteeseen **sotet\_tutkimusluvat@espoo.fi** lopullisen tutkimusraportin.

Espoossa 13.1.2012

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Eeva Honkanummi".

Eeva Honkanummi  
va. kehittämispäällikkö